COUNTWAY LIBRARY
HC 4Q2J

23.D.76.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/cliniqueobstetri0003mled

CLINIQUE
OBSTÉTRICALE

TOME TROISIÈME

PARIS. — Typ. PILLET fils aîné, 5, rue des Grands-Augustins.

748

CLINIQUE
OBSTÉTRICALE

OU

RECUEIL D'OBSERVATIONS
ET STATISTIQUE

DE

M. LE DOCTEUR **A. MATTEI,**

Professeur libre d'accouchement à Paris, membre de plusieurs sociétés savantes, etc.

Perpendendæ et numerandæ sunt observationes.

TOME TROISIÈME

Contenant

CENT OBSERVATIONS DÉTAILLÉES ET LA STATISTIQUE RAISONNÉE DES 300 OBSERVATIONS DÉCRITES DANS LES TROIS PREMIERS VOLUMES.

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23.

1866

BOSTON MEDICAL
NOV 19 1917
LIBRARY
2225
25 D 96.

BOSTON MEDICAL
NOV 19 1917
LIBRARY

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

DE

DE M. LE DOCTEUR A. MATTEI

PROFESSEUR LIBRE D'ACCOUCHEMENTS.

OBSERVATION CCI.

Primipare. — Enfance maladive. — Menstruation tardive. — Influence des émanations nutritives sur l'embonpoint. — Premier mariage sans enfants. — Influence heureuse du mariage sur la dysménorrhée. — Fécondation immédiatement après un second mariage. — Troubles que l'ovulation apporte à la menstruation, ce qui est en opposition avec les idées reçues. — Grossesse heureuse, à part quelques démangeaisons vulvaires. — Constatation de la présentation et de la position de l'enfant par le palper abdominal et les signes rationnels. — Accouchement à la demi-époque cataméniale entre le neuvième et le dixième mois. — Influence des vomissements et autres phénomènes nerveux sur la marche du travail. — La lenteur du travail peut être héréditaire comme tout ce qui tient à la vie utérine. — Emploi du léniceps à l'insu de la malade. — Passage de l'enfant sans déchirure de la fourchette. — Naissance d'une fille forte et bien portante. — Délivrance presque entièrement artificielle. — Seigle préventif. — Dimensions de l'utérus pendant les suites de couches. — Rétablissement de la femme sans fièvre. — A quoi peuvent exposer les imprudences. — Influence de l'intervention pour obtenir l'accouchement physiologique lorsqu'il manque par les seuls efforts de la nature.

Madame A. F. est native du département de l'Oise, qu'elle a habité jusqu'à l'âge de 14 ans. Elle est à Paris depuis 11 ans.

Agée de 25 ans, d'une taille élevée et bien proportionnée, madame A. a un tempérament sanguin et une constitution robuste. Cette femme est marchande de beurre et d'autres comestibles à la halle depuis son arrivée dans la capitale. Maladive pendant son enfance, elle a fini par se remettre si bien qu'elle a maintenant les apparences de la santé la plus robuste. Cela tient-il à la nature de la personne ou au milieu où elle vit? Sa sœur, que j'ai vue, et les autres membres de sa

famille paraissent ne jouir ni de la même santé ni de la même force. Désormais il est démontré pour moi que les émanations de substances nutritives, difficiles à expliquer en physique et en chimie, ont une grande action sur l'embonpoint des individus; c'est ainsi que les cuisiniers, les bouchers, les boulangers, les marchands de vins et les femmes de la halle sont le plus souvent gras et sanguins.

Madame A. a eu ses premières règles à 16 ans, mais elles n'ont pas continué; de sorte que la menstruation a été régulière seulement après 18 ans. Mme A. voit habituellement pendant 5 jours et avec de vives souffrances, surtout à certaines époques de l'année. Mariée à 20 ans, elle a moins souffert pendant l'écoulement menstruel. Devenue veuve 2 ans après, elle a recommencé à souffrir pendant la menstruation, surtout à deux époques de l'année.

Elle s'est remariée le 29 novembre 1859, dans des circonstances qu'il faut noter. Ainsi, elle avait eu ses règles du 12 au 20 du même mois, c'est-à-dire de trois jours plus longues et plus fortes que d'habitude, ce qui n'avait jamais eu lieu, et depuis ce moment elle ne les a plus revues.

Déjà on pourrait dire ici qu'aux deux époques de l'année où madame A. était plus souffrante au moment de ses règles, il se faisait probablement alors chaque fois une ovulation dans un des ovaires; mais le doute n'est plus admissible dans le dernier cas; c'est-à-dire que les huit jours des dernières règles correspondaient précisément à une ovulation. La fécondation s'en est par conséquent suivie immédiatement, ce qui n'aurait pas eu lieu, quoi qu'on en dise, après une menstruation ordinaire. En effet, il est démontré pour moi que loin de faire une ponte à chaque époque menstruelle, la femme voit cette ponte arriver une ou deux fois l'an, et, lorsqu'elle a lieu, elle trouble précisément la menstruation, soit pour l'époque soit pour la quantité de sang perdu ou par les symptômes qui accompagent l'écoulement.

La suppression des menstrues et quelques vomissements auraient été ici les seuls signes de la grossesse, si madame A. n'avait pas eu pendant les neuf mois une démangeaison vulvaire assez incommode. Malgré sa grossesse elle a pu faire à la halle son service comme si elle n'était pas grosse;

bien plus, elle n'a ni pâli ni maigri, ce qui est rare, surtout pour une primipare.

En comptant par époques cataméniales, l'accouchement aurait dû arriver du 15 au 20 août (1860). Mais le travail n'a commencé que le 1er septembre, c'est-à-dire à la demi-époque cataméniale entre le neuvième et le dixième mois. On m'avait appelé le 27 août auprès de cette femme, et par le palper j'avais trouvé le tronc de l'enfant dans le segment gauche de l'utérus, la tête en bas et les pieds en haut et à droite; ce qui constitue la première position du sommet. Les mouvements actifs que la malade avait toujours sentis en haut et à droite faisaient déjà présumer cette position.

C'est à quatre heures du matin, le 1er septembre, que madame A. a été réveillée par les mouches, mais c'est à neuf heures et demie seulement que j'ai été appelé auprès d'elle.

A mon arrivée, je trouve que les contractions utérines, quoique peu intenses, sont déjà à quatre minutes d'intervalle. Le col est complétement effacé et avec une ouverture aussi large qu'une pièce de cinq francs. La tête est dans l'excavation, attendu l'amplitude du bassin.

La malade reste levée jusqu'à dix heures et demie, et à ce moment, s'étant couchée, je vais accrocher le col fortement dévié pour le retenir en avant. Tout semblait marcher à souhait, lorsque la femme est prise de vomissements et rend du vin qu'elle avait pris le matin. Après ces vomissements, comme cela arrive souvent, les contractions se suspendent pendant plusieurs minutes. Je fais lever la malade pour les rappeler; mais, si elles reparaissent un peu, elles se suspendent de nouveau.

La dilatation étant avancée, je perce la poche à onze heures, dans l'espoir de ranimer le travail, mais sans plus de résultat; tout au contraire, les vomissements continuent. Cette fois ce ne sont plus des matières alibiles, c'est de la bile verte qui est rejetée, et, ce que j'ai vu rarement en pareil cas, la femme a le hoquet dès que les vomissements cessent.

La malade est dans un grand affaissement, et les contractions utérines faibles sont à la distance de onze minutes. La patiente est accablée de sommeil, et je la laisse dormir dans l'espoir de voir les contractions reprendre au réveil, mais sans

résultat. J'essayai de les exciter par une pression circulaire sur le col de manière à favoriser sa dilatation ; avec la pulpe des deux doigts explorateurs, j'abaisse artificiellement le plancher, mais la dilatation s'achève sans que les contractions utérines reviennent. A peine si la tête est un peu plus descendue. A deux heures après midi, j'ausculte les pulsations cardiaques du fœtus, et je sens qu'elles commencent à se ralentir; il fallait donc se décider à intervenir. On aurait pu essayer ici le seigle ergoté; mais à quoi bon se servir d'un moyen infidèle ou dangereux lorsqu'on en a un plus sûr et plus inoffensif? Aussi je me suis décidé à appliquer mon léniceps.

La tête étant déjà dans l'excavation, je pouvais appliquer l'instrument sans découvrir la femme et sans la déranger de son lit; aussi j'ai pris le parti de tout faire sans même rien dire à la malade, je n'ai averti que le mari.

Les deux branches étaient introduites successivement sans que la malade se fût doutée que je me servais d'un instrument ; ce n'a été qu'au moment d'articuler les manches qu'un petit bruit métallique l'en a avertie, et, comme elle ne craint pas l'intervention, je passe outre.

La présence du léniceps dans la matrice l'a un peu excitée à se contracter, et cinq tractions modérées faites pendant la contraction ont amené la tête à la vulve. Ici j'ai ménagé la sortie à travers les parties molles par le moyen de l'extension artificielle, et la tête est venue au dehors sans entamer en rien la fourchette. (Il est deux heures et demie.)

Une fois la tête sortie, j'ai accroché l'aisselle droite, que j'ai portée en arrière pour faire la rotation du tronc, et j'ai ainsi tiré l'enfant au dehors. C'est une forte fille bien vivante (3,420 gram.) qui indique en effet une grossesse un peu prolongée.

J'attendais la délivrance, et pour cela je frictionnais l'utérus à l'extérieur; mais il se contracte si faiblement que le décollement n'a pas lieu spontanément. J'essaie d'exercer de légères tractions sur le cordon, sans plus de fruit; aussi à trois heures j'ai pénétré avec la main dans le vagin, où j'ai accroché une partie décollée du délivre. Des tractions faites

sur cette partie ont décollé le reste. Pour prévenir le relâchement utérin et ses conséquences, je donne à la malade un demi-gramme de seigle ergoté, et je lui applique une ceinture sur le ventre. On répète la même dose de seigle après.

Malgré les meilleures apparences de la santé générale, on voit ici les phénomènes de la vie utérine être bien lents, ce qui n'est pas rare ; mais ce qui explique encore plus ce fait, c'est que la mère de Mme A. avait eu aussi des couches qui duraient un et même deux jours entiers.

Le reste de la journée et la nuit ont été bien, pas de tranchées. Bouillons.

Le 2, je trouve la malade en très-bon état, pas de fièvre.

L'utérus est flasque au moment de l'exploration, mais, sous ma main qui le frictionne, il se contracte. Comme ces relâchements exposent aux hémorrhagies internes et aux résorptions, j'ordonne encore un gramme de seigle. Potages. L'enfant est confié à une nourrice de la campagne.

Le 3, la femme est encore en bon état ; pas de fièvre, tout au contraire, elle a le teint coloré comme si elle n'avait pas accouché. Seins flasques. L'utérus, malgré le seigle, est encore relâché, mais il se contracte sous la friction, et cette contraction me permet de constater que son fond est déjà à trois doigts au-dessous du nombril. Lavement, potage, eau rougie.

Le 4, la femme est dans l'état de la veille, même pour ses seins, mais l'utérus cette fois est contracté d'une manière permanente. Pour connaître ici les dimensions proportionnelles de l'utérus, je mesure cet organe dans le sens transversal et je trouve sept travers de doigt, tandis qu'il est à quatre doigts au-dessous du nombril et trois doigts et demi au-dessus du pubis. Tout en faisant la part de l'épaisseur de la paroi abdominale, on voit que si la dimension transversale l'emporte sur la verticale, c'est que la matrice est fortement descendue dans l'excavation. Potage et côtelette.

Dans la journée du 5, les seins commencent à gonfler, mais il n'y a pas de fièvre. Cette fois l'utérus est si engagé dans le bassin qu'il m'est difficible de délimiter sa hauteur. Il faut pour cela que je fasse faire des inspirations profondes à la femme.

Le 6, la malade prend un laxatif. Pas l'ombre de fièvre. Le fond utérin est encore à trois doigts au-dessus du pubis et n'a plus que quatre doigts transversalement. Les lochies sont presque nulles. Les seins sont encore plus tendus.

Le 7, les seins sont moins durs et la malade se trouve si forte qu'elle se lève malgré ma défense.

Le 8, elle est si bien qu'à la voir on ne la prendrait pas pour une accouchée. L'utérus est si revenu sur lui-même que je ne puis presque plus le sentir par la palpation profonde. Son fond cependant est encore à deux doigts au-dessus du pubis.

La malade est allée de mieux en mieux, et contrairement à mon avis, elle est sortie dehors le 9 pour faire une course de vingt minutes. Cette course a congestionné l'utérus, encore souffrant, et il y a eu des douleurs de bas ventre suivies d'hémorrhagie. Ces petits accidents ont été aussitôt calmés par le repos, mais ils auraient pu être bien plus graves.

Réflexions. — Ce cas se prêterait à bien des réflexions, en dehors même de celles que j'ai déjà faites dans le cours de l'observation. Je me bornerai à une seule remarque, c'est que si chez cette femme j'avais suivi l'expectation (comme on la conseille ordinairement), j'aurais eu un accouchement pathologique; avec une intervention aussi prompte qu'intelligente, la malade s'est remise sans avoir de fièvre.

OBSERVATION CCII.

Primipare. — Vice de conformation du bassin sans déformation des membres inférieurs. — Grossesse prolongée pouvant provenir du bassin vicié. — Travail long. — Présentation du bras qu'on aurait pu éviter par la réduction céphalique. — Tentatives de versions podaliques infructueuses en suivant les règles ordinaires. — Le choix de la main a permis l'opération. — Nouvelle manière de faire pénétrer les épaules et de dégager le bras à travers le détroit supérieur. — Danger des tractions faites sur le tronc et surtout sur le cou de l'enfant. — Nouveau moyen pour éviter ces dangers. — Comment corriger promptement l'engourdissement de la main qui opère? — Naissance d'une fille en état de mort apparente et ranimée surtout par l'insufflation bouche à bouche. — Délivrance rendue difficile par l'antéversion prononcée de l'utérus. — Éruption scarlatineuse pendant les suites de couches chez la mère. — L'enfant finit par succomber. — La femme se remet. — Danger des accouchements dans les hôpitaux.

Quoique je me sois proposé de ne publier dans cette clinique que les cas que j'ai eus dans ma pratique personnelle,

j'ai cependant joué dans le suivant un rôle assez considérable pour en consigner ici l'observation.

Mademoiselle L. X., native du département de la Marne, qu'elle a habité jusqu'à l'âge de trente ans, n'est à Paris que depuis deux ans.

Domestique, âgée de trente-trois ans, de petite taille et sans déformation des membres inférieurs, elle a cependant un bassin vicié. Elle est bien portante pour le restant.

Réglée dès l'âge de quinze ans, elle voyait tous les mois, pendant cinq jours. Primipare.

Elle a eu ses dernières règles du 10 au 15 novembre 1859, et de cette suspension date la présente grossesse. Pendant la gestation elle a été souvent indisposée, mais ce qui l'a le plus tourmentée pendant les quatre premiers mois, ç'a été de la toux et des douleurs de bas ventre.

D'après ma manière de compter, qui trouve le plus souvent l'arrivée de l'accouchement à la neuvième époque cataméniale après la fécondation, cette femme devait accoucher du 10 au 15 août 1860. A cette époque, en effet, la congestion cataméniale a beaucoup fatigué la femme, mais le travail ne s'est pas décidé, et voici probablement pourquoi. Dans la dernière moitié de la grossesse le poids de l'œuf, la résistance que trouve l'utérus dans les organes qu'il déplace, et l'étoffe qu'il est obligé de fournir pour entourer le produit font que le segment inférieur de cet organe et le col s'amincissent et se dilatent. Cette dilatation est d'autant plus facile que le fœtus est moins soutenu par l'amplitude du détroit supérieur. Si, au contraire, ce détroit est vicié et que l'œuf pèse sur les os au lieu de peser sur le segment utérin, la préparation du col est plus lente ; aussi la neuvième époque cataméniale arrive, les contractions commencent, mais comme le col est long, le segment inférieur de l'utérus épais, alors ces contractions finissent par le suspendre bientôt et la grossesse se prolonge.

C'est le 29 août que le travail s'est déclaré chez Mlle X., c'est-à-dire à la demi-époque cataméniale, entre le neuvième et le dixième mois.

Les mouches ont commencé de bon matin, le 29, et cette femme est entrée à l'Hôtel-Dieu, service de M. Horteloup, à

7 heures du matin. Elle a passé la journée entière dans la chambre de travail. Les douleurs se sont renforcées dans le jour, mais c'est la nuit surtout que la malade a beaucoup souffert. L'infirmière qui l'assistait a percé la poche des eaux, le 30, à six heures et demie du matin, et la sortie du liquide lui a bientôt permis de constater que l'enfant se présentait par le bras.

Si, au lieu d'avoir affaire à une infirmière, cette femme avait été soignée par une personne habile, on aurait pu reconnaître la présentation et la position de l'enfant dès le début du travail; et ayant trouvé une présentation vicieuse, on l'aurait corrigée par la version ou la réduction céphalique. La réduction surtout est possible, même après la rupture des membranes, lorsqu'elle est faite promptement et habilement.

L'infirmière, à sept heures passées, va appeler l'interne de garde, lequel, après avoir constaté la présence du bras gauche de l'enfant, a jeté un lacs sur ce membre et s'est mis en demeure de faire la version podalique.

Se conformant à la règle enseignée dans les livres et dans les cours, cet élève a introduit dans l'utérus la main homologue à celle que présentait l'enfant, c'est-à-dire la gauche, sans avoir pu arriver jusqu'aux pieds. N'ayant pas pu faire la version, on a attendu l'arrivée de M. Horteloup, et comme j'allais aussi quelquefois dans ce service pour voir ce qu'il y avait d'obstétrical, je suis arrivé à sept heures et demie, presque en même temps que le chef de service.

Celui-ci me prie de voir la patiente et la présentation du bras. Les tentatives de version et l'écoulement à peu près complet des eaux m'ont fait aussitôt pressentir quelque résistence insolite de la part de la mère ou de l'enfant.

La saillie que doit faire le pubis est ici cachée par la proéminence de l'utérus, dont le fond est fortement dévié à droite et en avant, preuve presque certaine d'un rétrécissement du bassin. Par le palper je trouve la tête de l'enfant dans la fosse iliaque gauche et le tronc dirigé en arrière; les pieds sont, par conséquent, à droite et un peu en avant.

Cette position de l'enfant m'a permis de faire voir à M. Horteloup, ainsi qu'aux élèves présents, comment l'interne, en se conformant aux règles prescrites, n'avait pas

réussi : ainsi, l'introduction de la main gauche permet de saisir facilement les pieds de l'enfant quand ils sont dans le segment gauche de l'utérus; la chose est difficile ou impossible s'ils sont dans le segment droit, comme la chose avait lieu ici; mais ce cas offrait une difficulté de plus, c'était le rétrécissement du bassin.

C'est la main droite que j'ai fait pénétrer, et comme elle se dirige naturellement dans le segment droit de l'utérus, comme je savais d'avance où étaient les pieds de l'enfant, j'ai pu aussitôt en accrocher un, que j'ai amené au dehors ; c'était le gauche. Des tractions faites sur ce membre n'ont pu faire descendre le bassin, et si j'ai voulu l'avoir, il m'a fallu réintroduire la main pour aller le saisir, ce qui a été difficile ; mais il aurait été plus difficile encore d'aller chercher l'autre jambe. Des tractions faites à pleine main sur le bassin, en lui faisant suivre une spirale, l'ont bientôt amené au dehors, ainsi que les deux membres inférieurs. Le dos est désormais en avant, mais les épaules trouvent, dans le détroit supérieur, une résistance considérable. Exercer des tractions de plus en plus vives sur le tronc, c'eût été dangereux pour l'enfant s'il devait vivre; aussi je me suis décidé à aller dégager les bras au-dessus du détroit supérieur, ce qui a été difficile. La contraction vive de l'utérus et la saillie du promontoire dans un bassin rétréci constituaient le principal obstacle. Voici comment je m'en suis tiré, et d'abord je dois à M. Horteloup le conseil de surmonter l'engourdissement de la main, qui a été serrée par l'utérus pendant l'opération : c'est de la frotter vivement, ainsi que le bras avec de l'eau froide.

Pour dégager les bras de l'enfant, qui étaient relevés sur sa tête, j'ai pénétré dans l'utérus jusqu'à glisser mes doigts au-dessus du détroit supérieur et de l'épaule droite de l'enfant ; mais il m'a été impossible de faire fléchir le bras en le faisant passer entre sa poitrine et le promontoire de la mère, tant il y a peu d'espace. J'ai alors pris le parti d'abaisser l'épaule en appuyant fortement sur elle avec les doigts, et lorsqu'elle a été abaissée au-dessous du détroit supérieur j'ai pu pousser le bras dans l'adduction, grâce à la concavité du sacrum. Je n'ai pas encore vu ni lu une pareille manœuvre.

Les épaules étant plus abaissées, j'ai pu dégager facilement aussi le bras gauche, de sorte qu'il ne restait plus que la tête à faire descendre à travers le détroit supérieur. Fallait-il tirer sur le tronc? C'eût été luxer la colonne vertébrale du cou et tuer l'enfant, dont le cordon et le cœur donnaient encore quelques pulsations ; aussi j'ai préféré une manœuvre qui m'a souvent réussi. Elle consiste à faire pénétrer la main jusqu'à placer les doigts derrière la tête et à pousser ceux-ci d'arrière en avant. Cette introduction de la main m'a permis d'abord de placer la tête transversalement pour que l'engagement fût plus facile ; puis j'ai essayé de la pousser d'arrière en avant, mais j'étais gêné par le rétrécissement; aussi j'ai préféré insister sur une autre manœuvre qui m'a été souvent utile: c'est la pression sur la tête à travers les parois externes. L'action simultanée des deux mains, l'une qui tirait, l'autre qui poussait, a bientôt, en effet, engagé la tête dans l'excavation. Ici j'aurais pu employer le forceps, ce qui avait été impossible jusque-là, mais la main interne, qui poussait la tête, a suffi à la chasser au dehors sans exercer aucune violence sur le cou. Pour faciliter ce dernier temps j'ai imprimé à la tête, avec cette même main, un mouvement de flexion, et j'ai ramené l'occiput sous le pubis avant de le tirer au dehors.

Le cordon une fois coupé, je me suis occupé de l'enfant, dont la vie ne tenait plus qu'à de rares pulsations cardiaques. Après avoir dégagé la bouche et l'arrière-gorge des mucosités qui les obstruaient, j'ai essayé de le faire respirer par des coups sur le siége et les pieds, en titillant les narines avec une plume, par les frictions sur le dos et autres excitants qu'on emploie en pareil cas, mais sans résultat : aussi je me suis décidé à employer la respiration artificielle. Pour cela j'ai couché cet enfant sur un lit et ai pratiqué l'inspiration artificielle avec ma bouche, pendant qu'avec une main je faisais l'expiration en pressant le thorax de l'enfant. Ce moyen a d'abord ranimé les pulsations cardiaques, et au bout de huit minutes, le diaphragme a commencé à se contracter. J'ai plongé l'enfant dans un bain chaud sans discontinuer la respiration artificielle, et cet enfant a fini par respirer fort bien tout seul. Lorsque les mouvements mécani-

ques avaient l'air de se ralentir, je n'avais qu'à frotter l'épigastre, le thorax ou le dos, pour les ranimer. Le cordon, qui n'avait pas été lié, commençait à donner du sang, et à ce moment il a fallu le serrer avec une ligature.

Cet enfant est une forte fille (4,500 gr.), qui est en rapport avec la grossesse prolongée.

Pendant que je m'occupais de l'enfant, on avait essayé de délivrer la femme, mais sans résultat. J'ai essayé à mon tour de faire des tractions méthodiques en opérant la poulie de renvoi aussi profondément que possible : le placenta ne sortait pas de l'utérus. Je me suis alors aperçu que ce dernier, précisément, était tombé en antéversion très-prononcée, et il a suffi de le faire relever à l'extérieur pour que mes tractions aient fait aussitôt sortir le délivre. Le placenta est sain et d'un volume proportionné à l'enfant; avant de quitter cette femme, j'ai mesuré le degré de rétrécissement de son bassin, et j'ai trouvé huit centimètres dans le diamètre antéro-postérieur (après déduction de l'obliquité).

Dès que la femme a été transportée dans son lit, on lui a administré un gramme de seigle.

Le reste des soins a été continué, comme on le comprend, par le chef de service, et, sans suivre ici jour par jour ce qu'ont offert la mère et l'enfant, il suffira de savoir que celui-ci, après avoir été assez bien pendant trois jours, s'est abattu le quatrième et a fini par succomber malgré les soins intelligents que M. Horteloup lui a fait donner.

La mère, abattue par la souffrance, quoiqu'on lui ait fait administrer du chloroforme pendant l'opération, s'était un peu relevée, lorsque le 1er septembre elle a été prise de fièvre à laquelle a succédé le jour suivant un erithème scarlatineux sur divers points du corps, et plus particulièrement sur la poitrine. Ce qu'il y a de rassurant sur l'état de cette femme, est qu'il n'y a pas eu de frisson, et que le ventre n'offre pas de sensibilité inquiétante. Cette éruption est évidemment le résultat de miasmes que la femme a absorbés depuis son arrivée à l'hôpital. Cette malade a fini par se remettre sans autre accident.

Réflexions. — Cette observation suffirait seule à prouver combien on se tromperait en attachant une valeur absolue

aux préceptes consignés dans les livres et enseignés dans les cours. Sans compter ce que ces préceptes peuvent avoir de défectueux, la pratitique demande tant de connaissances, que chaque fait exige pour ainsi dire une étude à part.

OBSERVATION CCIII.

Primipare. — A quoi expose la négligence des parents et l'abus des hommes âgés relativement aux petites filles. — Les pertes blanches, abondantes et continues, constituent-elles un signe de syphilis constitutionnelle? — Grossesse améliorant la chloro-anémie préexistante. — Les attaques de migraine rapprochées par la grossesse. — Durée incertaine de la gestation. — Enfant mort dans le sein maternel. — Excessive sensibilité de la femme pendant le travail, comment la calmer? — Distinction difficile entre la poche des eaux et le cuir chevelu de l'enfant infiltré. — Autres particularités du travail faisant déjà pressentir une résorption. — Quelles ont été les causes de la mort de cet enfant? — Lésions placentiaires. — Suites de couche sans fièvre. — Différence entre les résorptions qui suivent ou non l'accouchement. — La femme a pu rentrer promptement chez ses parents et leur cacher l'accouchement comme elle leur avait caché la grossesse.

Mademoiselle P. H., native de Paris, et résidant rue Ménilmontant, couturière, âgée de 23 ans, d'une taille au-dessus de la moyenne et bien proportionnée; d'un tempérament lymphatico-sanguin et de bonne constitution.

Elle raconte qu à l'âge de 8 ou 9 ans, elle et sa sœur, qui était de deux ans plus âgée, furent surprises par un ami de la maison, avancé en âge et auquel les parents confiaient ces enfants en quelque sorte pour les garder. Cet homme abusa des deux filles, et, pour répéter naïvement ce que dit la malade, il leur rendit très-malades et douloureux les organes sexuels.

A 15 ans, Mademoiselle H. a eu une fièvre typhoïde, et à 17 ans un pthyriasis qui a duré deux mois. Entrée à l'hôpital Saint-Louis pour cette maladie de peau, on a dit d'abord qu'elle était spécifique; mais comme la malade disait n'avoir jamais connu d'hommes (à part le vieux dont elle ne parla pas) on la traita par les moyens externes et internes sans lui donner de mercure.

Réglée précisément à 17 ans, elle a continué de voir tous les mois, mais jamais à jour fixe. L'écoulement avançait ou retardait sans époque fixe, durait quatre jours et n'était accompagné que de céphalalgie. Une particularité digne de remarque est que cette femme, avant comme après avoir été mens-

truée, a été toujours sujette aux pertes blanches abondantes et aux pâles couleurs. Ces manifestations tenaient-elles à une syphilis constitutionnelle que le vieux aurait donnée à la malade dès l'enfance et, comme on le croit malheureusement, dans l'espoir de se débarrasser de la maladie? La chose est possible.

La menstruation était venue comme d'habitude du 13 au 20 décembre 1859; et comme elle n'a pas paru en janvier, la femme a eu aussitôt des soupçons de grossesse. Il paraît même que dès ce mois une dame, en la voyant, lui aurait dit qu'elle était grosse. Dans le mois de février mademoiselle H., dans l'espoir de faire revenir les règles, a pris des pédiluves, des pilules et autres ingrédients; en effet, le sang a paru dans ce mois, mais en moindre quantité que s'il se fût agi de la menstruation, et l'écoulement n'a plus reparu. La grossesse s'est confirmée.

A part les pertes blanches, qui ont été encore plus abondantes, la gestation a été assez bonne. La malade a même gagné des couleurs sans voir augmenter l'embonpoint, ce qui a lieu souvent cependant lorsque la grossesse arrive chez un sujet déjà chloro-anémique.

Dans l'espoir de pouvoir corriger les pertes blanches, la malade est allée consulter un médecin, lequel lui a ordonné des injections avec l'extrait de saturne, la décoction d'écorce de chêne et autres ingrédients, sans beaucoup de résultat.

Le fœtus avait déjà fait bien sentir ses mouvements, et la grossesse avançait sans que le ventre grossît en proportion; si bien que cette femme approchait du terme et personne de sa famille ne connaissait son état.

Si cette femme était grosse depuis le mois de décembre. elle aurait dû accoucher du 13 au 20 septembre 1860; cependant ce mois et même la première moitié d'octobre se sont passés sans travail. Le 15 de ce dernier mois la malade croit avoir encore senti les mouvements actifs; mais nous allons voir que l'enfant, à cette époque, était déjà mort et que c'est à cette mort probablement qu'est dû le peu de développement de l'utérus.

Le 16 octobre, par conséquent à une époque cataméniale (qui serait la dixième), la malade s'est couchée avec la mi-

graine, et à ce propos elle fait observer que cette maladie lui venait à chaque époque menstruelle; mais que depuis le commencement de la grossesse elle l'a tous les huit ou quinze jours. Elle espérait en être quitte le lendemain du 16, comme d'habitude; mais loin de là, c'est le travail qui a remplacé les douleurs de la tête.

Mademoiselle H. arrive à ma maison d'accouchement le 17 octobre à neuf heures du soir, et je constate qu'il y a des contractions utérines, d'abord à dix, puis à cinq minutes d'intervalle. Le col utérin est fortement dirigé en arrière et non dilaté, quoiqu'il soit déjà effacé; la poche est intacte; on sent la tête de l'enfant à travers les membranes.

Par le palper je trouve que l'utérus dépasse à peine le nombril de deux doigts, comme s'il s'agissait d'une grossesse de sept mois et demi, et le tronc de l'enfant, moins consistant que d'habitude, se tient dans le segment droit de l'utérus. Il s'agit, par conséquent, d'une seconde position du sommet. L'auscultation n'a pas pu trouver de pulsations fœtales, ce qui, avec le reste, me fait croire à un enfant mort.

Les contractions se suivent et la dilatation s'avance avec lenteur, mais ce qui surprend est de voir la femme, à chaque douleur, crier, se tordre, arracher ce qui l'entoure, se mordre les doigts, etc. Je me proposais de lui faire respirer du chloroforme, lorsque j'ai fini par reconnaître que la malade était douillette et qu'elle exagérait ses souffrances. Je me suis contenté d'aller accrocher le col pour le retenir en avant. Cela a suffi pour rendre les contractions utérines plus rares et moins douloureuses.

Une particularité curieuse du travail est une soif vive de la malade, quoique le pouls ne soit qu'à 84, des renvois fréquents et les dents sèches, recouvertes de fuliginosités comme chez les typhoïdes. On voit qu'ici il y a eu déjà résorption des détritus décomposés de l'œuf.

La dilatation étant à peu près complète, à minuit et demi je perce la poche, mais cette rupture ne laisse sortir qu'une très-petite quantité de sanie noirâtre. Déjà, à travers les membranes, on pouvait constater que les os du crâne étaient assez mobiles les uns sur les autres; après cette rupture la mobilité a été encore plus marquée; mais ici j'ai pu faire une autre

remarque, c'est que, poussé par les contractions, le fœtus ramolli a bientôt engagé sa tête à travers le col, et le cuir chevelu œdematié, doublé par la substance cérébrale ramollie, simulait parfaitement la poche des eaux.

La tête est bientôt descendue dans l'excavation, où elle est restée transversale jusqu'à son arrivée à la vulve. Ici je l'ai fait sortir par l'extension artificielle en pressant sur le périnée distendu. Comme les épaules tardaient à sortir, je suis allé saisir une aisselle et j'ai tiré le tronc au dehors. (Il est deux heures et demie du matin, 18.)

Le cordon est infiltré de sérosité noirâtre. L'enfant est une fille de 8 mois environ de développement et ayant l'épiderme enlevé sur une grande partie de la peau; elle a été suivie d'une petite quantité de sanie roussâtre sans qu'il y ait eu, avant ou après, sortie d'eaux ammotiques. Ces eaux, évidemment, avaient été résorbées, ce qui, avec le ramollissement de la peau, fait remonter la mort de l'enfant à 20 ou 30 jours. On s'explique ainsi pourquoi la matrice ait été si peu développée au moment du travail.

Voulant m'expliquer la cause de la mort de cet enfant, j'ai examiné le placenta avec soin, et voici ce que j'ai pu montrer aux élèves qui m'assistaient (MM. Garcia, Dupuys, Bastin, Cowley, Korolkewihk). Le tissu placentiaire est sain sur plusieurs points, mais, par parcelles et sur près de la moitié de son étendue, il est induré. On trouve sous le doigt des noyaux de tissus fibreux, transformation des lobes correspondants. De plus on trouve par ci par là des foyers apoplectiques siégeant soit à la surface soit dans le parenchyme placentiaire, et où le sang noir est tantôt réduit en bouillie, tantôt coagulé.

Dès que la femme est remise au lit, je serre son ventre avec une ceinture et lui administre, à une demi-heure d'intervalle, trois paquets de seigle d'un demi-gramme chaque.

La journée du 18 est bonne, le pouls reste à 80, et la bouche, pâteuse, offre des fuliginosités sur les dents et les gencives comme pendant le travail : Café au lait, bouillons, potages. La nuit a été excellente, mais comme la malade dort la bouche ouverte par suite d'un vice de conformation des narines, les fuliginosités sont encore plus épaisses. Pas de

frissons, pas de céphalalgie, pas de sensibilité du côté du ventre.

Le 19, je trouve encore le même état, l'utérus est déjà à trois doigts sous le nombril et bien rétracté, les seins commencent à gonfler. Même régime.

Le 20, même état, les seins ont augmenté sans qu'il y ait eu de fièvre; aussi, je donne à la malade 30 centigrammes de poudre de scammonée. Il y a moins de fuliginosités dans la bouche.

Le 21 le mieux étant plus prononcé, la malade mange la côtelette et boit de l'eau rougie. L'utérus ne dépasse le pubis que de deux travers de doigt. Le 22, cette femme est si bien, que, malgré mon avis, elle a voulu, à tout prix, rentrer chez ses parents qui ignoraient son état. Lorsqu'elle avait été prise des douleurs elle était censée être partie avec une de ses amies pour un petit voyage aux environs de Paris, où elle serait tombée malade. Cette imprudence, heureusement, n'a pas été suivie de mauvaises suites.

Réflexions. — Je ferai ici deux réflexions. La première est relative à la cause de la mort de l'enfant. En effet, les lésions placentiaires expliquent cette mort. Mais on peut se demander quelle a été la cause de ces lésions. Quoique à la rigueur on puisse les trouver dans d'autres circonstances, on peut dire qu'ici c'est peut-être à la syphilis constitutionnelle qu'elles sont dues. Ce qui est déjà consigné dans cette observation le fait présumer, et dans d'autres histoires concernant cette même femme, la chose sera confirmée. Rien à la peau ou ailleurs, cependant, ne fait soupçonner cette maladie chez mademoiselle H.

L'autre réflexion que je ferai est relative à la résorption dans la masse du sang du liquide amniotique décomposé. L'absence de ce liquide dans l'œuf et les fuliginosités de la bouche sont pour moi le signe de cette résorption; cependant les suites de couches n'en ont pas été plus graves. C'est qu'en effet, il faut faire une distinction importante entre les détritus en décomposition qui pénètrent par les veines et les lymphatiques largement ouverts après l'accouchement (fièvre dite puerpérale) et les matériaux qui sont résorbés sans rup-

ture des parois vasculaires. Enfin, il faut faire la part du milieu où l'accouchement a eu lieu : car, avec de si mauvaises dispositions, si mademoiselle H. avait accouché dans un hôpital, peut-être aurait-elle eu des accidents graves.

OBSERVATION CCIV.

Multipare. — Influence héréditaire des diathèses. — Les diathèses influent plutôt sur le développement du germe fécondé que sur l'ovulation et la fécondation. — Un mariage bien bizarre. — Prédiction du sexe de l'enfant à l'aide de l'auscultation. — Arrivée de l'accouchement à la neuvième époque cataméniale après la fécondation. — Les contractions utérines indolores et les progrès qu'elles peuvent donner au travail. — Accouchement si prompt qu'on n'a pas eu le temps d'aller appeler l'accoucheur. — Naissance d'un garçon bien portant. — C'est le véritable accouchement physiologique spontané. — Rétablissement de la femme sans fièvre. — Erreur sur les accouchements prompts. — Tous les accouchements ne se ressemblent pas chez la même femme.

Madame C., native du Cher et habitant Paris, rue des Martyrs.

Rentière, âgée de 29 ans, d'une taille moyenne; elle est d'une constitution délicate, sans être maladive. La migraine est la seule indisposition à laquelle elle soit sujette; elle est, du reste, d'un tempérament nerveux; peau blanche, cheveux blonds.

Elle-même n'a jamais eu de maladies graves, mais elle naît d'une famille peu saine. Ainsi, la mère est morte jeune d'une maladie chronique. Le père vit, mais il a les articulations des mains et des pieds rendues difformes par un rhumatisme goutteux. Une de ses sœurs est idiote et atteinte de la danse de St-Guy, une autre est bien portante en apparence, mais toujours pâle et maigre, quoique âgée de 19 ans.

Madame C. a été réglée dès l'âge de 15 ans. Elle voit tous les mois régulièrement pendant trois jours et sans souffrir.

Elle n'était pas riche, mais son physique agréable lui a valu de se marier avec un homme bien plus âgé qu'elle et qu'elle a perdu bientôt, après en avoir reçu, par testament, une véritable fortune.

Restée veuve, sans avoir eu d'enfants, cette femme a voulu bientôt se remarier, et si des gens bien informés ne m'ont pas trompé, voici comment elle s'y est prise. Je ne parlerais pas de ces circonstances, on le comprend bien, si le nom des personnes devait être connu, mais cette précaution, une fois

prise, il est bon d'étudier aussi les circonstances des mariages.

Cette dame fréquentait le jardin des Tuileries. Deux jeunes gens allant un jour dans ce jardin, virent cette personne seule, assise sur une chaise, et à titre de curiosité ils se promenèrent un peu devant elle, de manière à appeler son attention. La femme après quelques moments, partit en laissant tomber, comme par négligence, une enveloppe de lettre, qui donnait son adresse. Les deux promeneurs virent plutôt là l'appel d'une femme galante qu'autre chose, et se promirent de se présenter ensemble, le lendemain, à l'adresse de la lettre.

Le plus jeune des deux et le plus beau garçon ne tint pas compte de l'heure du rendezvous et devança son compagnon. Il se présente à l'adresse et demande à voir Mme X. Comme ce jeune homme était un étudiant en droit il ne manquait pas de manières. Il décoche quelques compliments, se donne des titres de noblesse, bref, il fait des déclarations amoureuses, d'autant mieux acceptées, qu'elles avaient été provoquées assez ostensiblement. De ce moment ont daté les entrevues qui ont conduit au mariage. M. C., lequel battait le pavé de Paris, n'ayant peut-être pas de quoi payer ses inscriptions de droit, et qui s'est vu bientôt rentier de trente mille francs; aussi a-t-il même renoncé à la licence.

De cette union (1856) est résultée bientôt une première grossesse, qui s'est terminée à trois mois par un avortement sans cause appréciable. En 1858, Mme C. a une nouvelle grossesse qui arrive à terme, mais l'enfant, né avec un spina bifida, meurt au bout de treize jours. En 1859, survient une troisième grossesse qui arrive aussi à terme, et cette fois, on voit venir au monde un garçon un peu grêle, mais bien portant. Il a été élevé par une nourrice sur lieu. En 1860 est survenue une quatrième grossesse, qui est la présente. Ainsi, comme on le voit, si le vice diathésique, qui a été peut-être pour quelque chose dans la première et la seconde union de cette femme, si ce vice, qui a causé très-probablement l'avortement de la première grossesse et le spina bifida du second enfant, ce vice n'a pas empêché Mme C. d'être fécondée presque pendant quatre années consécutives. Ce fait, du

reste, n'est pas seul pour prouver que les diathèses sont plus nuisibles au germe fécondé qu'elles ne le sont à l'ovulation et à la fécondation des germes.

Les dernières règles ont paru du 19 au 21 janvier 1860, et dans cette grossesse, comme dans les autres, Mme C. s'est très-bien portée. Elle a passé le printemps et l'été dans une de ses campagnes. Rentrée à Paris en septembre, elle m'a fait appeler le 10 octobre, et voici ce que j'ai trouvé à mon examen :

Je trouve au palper un fœtus situé en première position du sommet, et comme on plaisante sur le sexe de l'enfant, je compte les pulsations de son cœur. Je trouve 32 à $34 \times 4 = 128$ à 136, c'est-à-dire un chiffre qui indique plutôt un garçon qu'une fille. Tout allant bien, je n'ai eu à faire que des prescriptions d'hygiène.

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 19 et le 21 de ce même mois d'octobre, je dis, par conséquent, de faire, pour cette époque, les préparatifs nécessaires et de m'appeler dès l'apparition des premières douleurs.

Je vois la malade le 15 et je la trouve fatiguée par les malaises qui précèdent le travail. Ces malaises augmentent les jours suivants, mais non assez pour faire croire à l'accouchement. Dans la nuit du 19 au 20, Mme C. est encore plus fatiguée ; mais comme en même temps elle a la migraine et que, du reste, les accouchements antérieurs ont été assez longs et douloureux, elle n'écoute pas les douleurs passagères qu'elle ressent dans le ventre.

A cinq heures du matin les eaux amniotiques partent d'un coup et la malade sent le fœtus si près de la vulve, qu'elle dit accoucher dans quelques instants. En effet, la chose pressait trop pour coquempter uniment sur moi, et pendant qu'on m'appelait, on faisait venir aussi une sage-femme du voisinage.

Cette sage-femme elle-même est arrivée au moment où l'enfant franchissait la vulve. A mon arrivée la malade était délivrée et replacée dans son lit de repos.

Le nouveau-né est, en effet, un garçon un peu maigre, mais bien portant (2,900 gr.).

Cette sage-femme ayant fait l'accouchement, je lui ai laissé

la direction des suites de couches et ne les ai surveillées que de loin. Mon ministère, du reste, a été peu nécessaire, car il n'y a pas eu l'ombre de fièvre. Le 23 les seins ont commencé à se gonfler, ce qui a nécessité un laxatif. L'enfant est confié à une nourrice sur lieu que Mme C. a choisie elle-même à la campagne. Les jours suivants se passent si bien, que le 26, malgré ma défense, la malade commence à se lever, et cela n'a pas amené des accidents; tout au contraire, cette femme se sent plus forte qu'après les autres couches.

Réflexions. Pour ceux qui professent les idées généralement admises, cet accouchement est mauvais, car, il pouvait exposer, dit-on, à l'hémorrhagie, ainsi qu'à de nombreux accidents. Pour moi, c'est l'accouchement physiologique spontané par excellence.

Ici, ce sont les contractions indolores qui ont effacé et dilaté le col utérin, qui ont rompu la poche et presque expulsé l'enfant. L'utérus n'étant pas fatigué est promptement revenu sur lui même pour arrêter l'hémorrhagie et prévenir les résorptions. La malade s'est bien nourrie; le lait serait venu si on avait tiré les seins, et tout cela s'est fait sans qu'il y ait eu une seconde de fièvre, ni autre accident. S'il s'agissait d'une grosse paysanne la chose était facile à admettre, mais il s'agit ici d'une citadine grêle et nerveuse; preuve évidente que chez ces femmes aussi l'accouchement physiologique peut se faire spontanément. Que sera-ce quand on aide la nature par les ressources de l'art?

OBSERVATION CCV.

Primipare. — Vice de conformation du vagin, oblitérant presque complétement ce canal. — Menstruation douloureuse. — Coït incomplet. — Stérilité temporaire. — Le sperme n'a pas besoin d'être lancé sur le col utérin pour que la fécondation s'opère. — Grossesse normale prolongée. — Travail de l'accouchement lent et douloureux. — L'ouverture vaginale, d'abord imperceptible, apparaît spontanément. — Elle est agrandie et finit par permettre le passage de l'enfant. — N'aurait-on pas pu opérer artificiellement cette ouverture ou en hâter la dilatation? — Application du forceps. — Naissance d'une fille bien portante. — Rétablissement de la mère sans de graves accidents.

Le 25 octobre 1860, je fus appelé à Nanteuil (Oise), pour une femme dont le travail offrait les particularités dont je vais parler, tout en décrivant l'observation.

Mme D. est une femme âgée de 28 ans, d'une taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une santé robuste.

Elle a été réglée à seize ans, et après des douleurs si violentes, qu'elle les compare à celles de l'accouchement. Le soulagement arriva avec l'irruption du sang, mais pour être suivi par des douleurs qui se répétaient à chaque époque menstruelle.

Mariée à dix-sept ans, elle a un peu moins souffert, depuis, pendant l'irruption mensuelle, mais sans un soulagement complet, et est restée onze ans sans avoir de grossesse.

Elle ne comptait plus avoir d'enfants, lorsqu'elle vit ses règles apparaître pour une dérnière fois, du 9 au 11 janvier 1860, et avec cette suppression ne tardèrent pas à arriver les signes de la grossesse.

Cette gestation n'ayant rien offert de particulier, Mme D. n'a pas même consulté son médecin. D'après ma manière de compter, le travail aurait dû arriver entre le 9 et le 11 octobre, et, en effet, des malaises très-prononcés semblent l'annoncer à cette époque. Mais bientôt tout se calme et les vraies douleurs n'arrivent que le 21 du même mois.

M. le docteur Missa, de Nanteuil, est alors appelé pour assister la malade, et quelle n'est pas sa surprise, lorsqu'en voulant pratiquer le toucher vaginal, il est arrêté presqu'à l'entrée de la vulve. Il examine alors les parties à l'œil nu et voici ce qu'il trouve.

La vulve est parfaitement conformée, mais en entr'ouvrant l'entrée vaginale, on voit que le canal se termine en cul-de-sac à un centimètre et demi de profondeur. M. Missa cherche des yeux, comme il l'avait fait du doigt et ne trouve aucune trace d'orifice, quoique la menstruation et la grossesse dussent affirmer sa présence.

Il consulte alors le mari pour savoir comment avaient lieu les rapprochements sexuels, et cet homme avoue avoir toujours trouvé chez sa femme un obstacle invincible, qui rendait les rapports incomplets. Il n'avait pas cru cependant devoir consulter un médecin pour cela.

Il y avait assurément ici un passage quelconque, mais il était assez petit pour gêner même la sortie du sang mens

truel. C'est à ce passage étroit assurément qu'était due la stérilité temporaire, mais il a suffi d'une circonstance favorable pour que la fécondation ait eu lieu.

Le sperme, déposé dans le cul-de-sac, a trouvé probablement l'hiatus désobstrué, et il a pu traverser ce passage comme il traverse l'utérus et les trompes. Si on devait s'en tenir à l'inspection oculaire on aurait été tenté de croire qu'il y avait ici oblitération complète du vagin.

Au moment où M. Missa avait été appelé, le 21 octobre, les contractions utérines étaient déjà bien suivies, mais le fœtus était encore si élevé, qu'on ne le sentait même pas à travers le cul-de-sac vaginal. Le travail, après quelques interruptions, continue les 22 et 23 octobre sans plus de résultat; enfin, le 24, M. Missa constate un léger engagement de la tête qu'on peut sentir à travers le cul-de-sac vaginal, puis une sorte de raccourcissement de ce sac. Quand on pratiquait le toucher en l'absence de la contraction et qu'on déprimait le sac, on arrivait jusqu'à sentir la tête de l'enfant; quand on pratiquait, au contraire, le toucher pendant la contraction, on avait la sensation d'une fluctuation obscure; mais jusqu'ici, pas de trace d'ouverture au fond du sac.

Le 25, à deux heures après minuit, voyant encore les choses dans cet état et trouvant le cas assez grave, M. Missa a expédié un homme pour m'appeler; mais pendant que l'envoyé marchait, le travail de l'accouchement faisait aussi des progrès.

Ainsi, à quatre heures après minuit, la fluctuation est encore plus manifeste et la tête est mieux sentie. Les tissus qui recouvrent cette tête s'amincissent de plus en plus sous les efforts incessants de la contraction utérine. A six heures, soit que l'hiatus se soit entr'ouvert, soit qu'il se soit fait une éraillure, le fait est que la partie la plus amincie des tissus offre une légère ouverture.

M. Missa introduit le doigt dans cet orifice qu'il agrandit par des pressions latérales, il ouvre la poche des eaux, et attend, espérant que la nature ferait le reste. Vaine attente, la malade est épuisée, les contractions utérines sont désormais faibles et rares, aussi à dix heures du matin, le 25, M. Missa applique le forceps et amène une grosse fille.

Le volume de cette enfant est en proportion de la grossesse prolongée (3,600 gr.). Elle est un peu asphyxiée, mais on finit par la ranimer. La délivrance n'a rien offert de particulier.

Le temps que j'avais dû mettre pour me rendre à Nanteuil a fait que tout était fini au moment de mon arrivée. Je n'ai eu qu'à constater avec plaisir le beau résultat obtenu par le confrère.

A mon arrivée, la femme a un pouls d'une fréquence extrême, mais elle n'a ni le facies, ni la sensibilité, ni l'hémorrhagie qui feraient craindre une rupture grave de l'utérus ou du vagin. La matrice est parfaitement revenue sur elle-même, le ventre, quoique sensible, n'est pas ballonné. Le moral de la malade est calme ; tout autant de signes de bon augure.

L'enfant est aussi bien que possible. J'ai passé le reste de la journée auprès de la malade, pour voir s'il n'arriverait pas d'accidents immédiats, et, à six heures du soir j'ai laissé la mère et l'enfant en bon état. M. Missa a eu la bonté de me tenir au courant des suites de couches, et il paraît que le rétablissement est arrivé sans accidents bien marqués.

Réflexions. Si le résultat devait être le seul juge, ici certes, on prendrait ce fait comme type de l'expectation en pareil cas; mais, si la précipitation est dangereuse quand elle est inopportune, l'expectation est plus dangereuse encore lorsqu'elle est trop prolongée. Aurais-je fait autrement à la place de M. Missa ? Il est difficile de se prononcer sur ce qu'on n'a pas vu, mais quatre jours de vives souffrances, pour une mère et pour un enfant, c'est énorme.

Si on n'a pas des accidents une fois, il ne faut pas se flatter d'en être exempt dans des cas fréquents; aussi, dès que l'on était sûr par le palper et par le toucher vaginal que la tête était descendue dans l'excavation, dès surtout que les parties qui recouvraient cette tête étaient très-minces, on pouvait chercher avec le spéculum la trace du passage pour l'agrandir. Dans le cas d'absence ou d'éloignement inaccessible de cette ouverture, on était autorisé à pratiquer une éraillure

des parties amincies avec l'extrémité d'une sonde cannelée, comme je l'ai fait dans une circonstance semblable, avec un plein succès. Le passage une fois entr'ouvert, j'aurais imité M. Missa, en l'agrandissant avec le doigt, au besoin même, par le débridement multiple. Je ne saurais trop louer notre confrère d'avoir appliqué le forceps dès que la chose a été possible. Une plus longue attente eût été funeste.

OBSERVATION CCVI.

Primipare. — Attaques épileptiformes. — Ces attaques sont influencées par la vie utérine. — Névralgies acaccompagnant la grossesse; comment y remédier. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Le travail qui traîne dès le début fait souvent pressentir de grands obstacles. — Rétrécissement du détroit supérieur du bassin coïncidant avec l'excès d'amplitude du détroit inférieur et de l'excavation. — Lénicep. — Déchirure d'une partie du périnée. — Fréquence et rareté de ces déchirures chez les primipares. — Suture et réunion immédiate. — Naissance d'un gros garçon bien portant. — Accidents fébriles promptement arrêtés par le sulfate de quinine. — Malveillance d'une sage-femme. — Céphalématome. — L'enfant vient très-bien quoique élevé au biberon.

Mme D., couturière, âgée de 23 ans, native de Beauvais, est d'une taille moyenne, d'un tempéramment lymphatico-sanguin et de constitution assez bonne. Elle n'a jamais eu de maladie grave, mais, depuis l'âge de douze ans, elle est sujette à des attaques qui viennent irrégulièrement à plusieurs jours d'intervalle. Dans ces attaques elle perd connaissance, et a, lui a-t-on dit, peu de mouvements convulsifs, ce qui n'en constitue pas moins une maladie épileptiforme.

Réglée à douze ans et demi, elle a continué d'être réglée à un ou deux jours près, et chaque fois pendant quatre jours avec des douleurs au dos, à l'épigastre et dans les reins. Les attaques arrivent en dehors des époques cataméniales. Mme D. a été sujette aux pertes blanches même avant d'arriver à Paris.

Mariée à l'âge de 21 ans, elle s'est bien portée depuis, mais ses attaques se sont rapprochées depuis cette époque; c'est-à-dire qu'ayant paru près de l'âge de la puberté et ayant augmenté avec le coït, ces attaques épileptiformes semblent dépendre en partie de la vie utérine, et cependant la grossesse, comme nous allons le voir, les a fait ralentir.

Les dernières règles ont paru du 8 au 12 janvier 1860, et depuis ce moment il y eut malaises, vomissements même

de matières alimentaires ; mais, comme d'habitude, ces indispositions ont cessé dès les premiers mois. Elle a senti les premiers mouvements de son enfant au commencement de juin. Le milieu de la grossesse a été bon. Mme D. a un peu pâli, mais elle n'a pas maigri Dans les derniers mois, au contraire, elle a été un peu souffrante ; ainsi au milieu de septembre elle a été prise de douleurs intercostales du côté droit. Ces douleurs n'ont cessé que pour être remplacées par une névralgie dans la moitié droite de la tête. Pendant que la douleur intercostale était continue, celle de la tête venait par accès ou plutôt par exacerbations diurnes. La malade m'ayant consulté pour cela, je lui ai ordonné trois pilules par jour, composées chacune avec 0,20 pâte de cynoglosse et 0,10 sulfate de quinine. Au bout de deux jours de traitement, les douleurs étaient soulagées. Le sommeil, qui avait fini par être agité ou impossible, est revenu. Bref, en peu de jours la malade a été complétement guérie.

Ayant questionné cette femme sur ses attaques, elle me dit que la grossese les a considérablement ralenties, et que, dans les deux derniers mois, elle n'en a pas eu du tout.

Dans les premiers jours d'octobre je me suis assuré, par le palper, de l'état de l'enfant, et je le trouve en première position du sommet. Les dernières règles ayant eu lieu du 8 au 12 janvier, l'accouchement devrait arriver du 8 au 12 octobre. A cette époque, en effet, il y a tant de malaises, qu'on croit voir le travail arriver d'un moment à l'autre, la tête de l'enfant est même déjà dans l'excavation ; les vraies douleurs arrivent dans la nuit du 12 au 13.

Appelé le 13 auprès de cette femme, je sens, comme les jours précédents, que la tête de l'enfant est dans l'excavation, le segment inférieur de l'utérus est aminci, mais je ne puis pas atteindre le col. La vulve et le détroit inférieur sont tellement étroits que, pour arriver au col, il me faudrait faire une violence douloureuse ; aussi, je préfère attendre encore.

Loin de marcher d'une manière progres sive, le travail, après avoir été assez prononcé, se suspend à diverses reprises le 13 et le 14. C'est dans la matinée du 15 seulement qu'il a pris une marche décisive ; mais ces incertitudes ne

m'ont pas rassuré. En effet, lorsque la tête est dans l'excavation et que le travail insensible et même douloureux tarde si longtemps à expulser l'enfant, c'est qu'il y a des obstacles assez prononcés pour retarder la progression et la fin de l'accouchement.

Appelé le 15, à sept heures du matin, auprès de la malade, je trouve que les contractions utérines se fixent bientôt à six minutes d'intervalle. La tête de l'enfant est toujours au même point des jours précédents, mais le segment utérin, qui la recouvre, est plus aminci. La femme étant debout, je n'ai pas pu atteindre le col de l'utérus, tellement il est en arrière. J'ai fait coucher la malade, et à mesure que je portais les doigts vers le sacrum, je sentais l'utérus s'épaissir. Les bourrelets circulaires et la mollesse seuls m'indiquaient que je me rapprochais du col. Enfin, ces recherches, avec la dépression du périnée et le redressement externe de l'utérus, m'ont permis d'arriver au museau de tanche.

On serait tenté de croire que la déviation du col a été l'obstaclequi a retardé le travail jusqu'ici, mais ce retard a été trop long pour me faire croire à cette seule cause. Cette fois, comme dans d'autres circonstances, le redressement du col a rendu les contractions plus rares et moins douloureuses d'abord, puis elles se sont rapprochées à trois ou quatre minutes. Mais ce qui prouve combien le col est pour peu dans la fixation de la tête, c'est que, si je le lâche, il revient bientôt en arrière, et qu'en le retenant dans l'axe du vagin, il se dilate sans que la tête avance.

Je laisse le travail marcher, et permets à la femme tantôt de se coucher, tantôt de rester debout. La dilatation étant à onze heures et demie presque complète, je romps la poche dans l'espoir de voir le travail progresser, mais quelques contractions suivent sans que la tête bouge.

A onze heures cinquante-cinq minutes je laisse cette femme pour aller faire quelques visites pressantes dans le voisinage et reviens à une heure après midi.

Pendant mon absence les douleurs avaient continué ; mais la tête avait à peine progressé de quelques millimètres. La dilatation du col elle-même n'était pas encore tout à fait complète.

Pour aplanir les obstacles, je fais vider la vessie que le palper trouve pleine; je fais faire des efforts volontaires à la femme pendant la contraction; je relève la lèvre antérieure du col, mais deux heures s'écoulent sans que la tête fasse des progrès bien marqués.

J'essaie pendant la contraction de pousser l'occiput, en glissant la pulpe de mes doigts entre l'arcade et la tête; j'essaie d'opérer l'extension artificielle en pressant sur la région ano-coccygienne; j'abaisse le plancher, et tout cela est peu profitable. La tête, déjà recouverte d'une bosse sanguine, entr'ouvre la vulve, mais ne sort pas.

Voyant que les os du détroit inférieur étaient le seul obstacle, j'ai proposé à trois heures l'application du léniceps, qui a été acceptée. Dans des cas semblables, en effet, la tête ne passe qu'après un écartement des ischions, et les tractions de l'instrument seules ont assez de force pour obtenir ce résultat.

L'instrument une fois appliqué, j'ai dû faire des tractions assez vives pour que la tête franchît les os, et ceux-ci franchis, j'ai retiré l'instrument, pour mieux ménager la dilatation des parties molles de la vulve.

Ces précautions étaient rendues nécessaires par le volume considérable de la tête de l'enfant, coïncidant avec une vulve fort étroite et un périnée court et mince; si bien que, malgré la lenteur de la progression que je modère, malgré l'écartement des bords latéraux et de l'angle supérieur de la vulve, je vois la fourchette se diviser, avant même que la tête n'ait franchi la vulve, et cette déchirure, nécessairement, s'est agrandie avec le passage du reste du fœtus.

L'extension artificielle de la tête, la rotation et la sortie artificielle des épaules ont mitigé cet accident, sans pouvoir l'empêcher complétement. Si j'avais pu le croire inévitable, j'aurais préféré faire de légères incisions latérales.

L'enfant est un garçon bien portant et d'un volume considérable; ainsi il a 52 cent. de long, pèse 3,600 gr., et sa tête, mesurée le lendemain pour attendre le dégorgement de la bosse sanguine, a offert 17 cent. dans le diamètre occip. ment., 13 dans le diamètre occip. front. et 10 cent. dans le diamètre sous-occipit brègmatique.

La délivrance a été naturelle douze minutes après la sortie de l'enfant, moyennant de légères tractions. Placenta sain et d'un volume considérable.

Ne pouvant pas ignorer ici la déchirure, j'examine les parties après la délivrance, et quoique je trouve intacte la cloison ano-vulvaire, quoiqu'il reste même un cent. de périnée, je procède à la réunion immédiate de ce qui a été déchiré. En effet, dans ces cas laisser les femmes sans réunir la plaie, c'est courir la chance de ne pas la voir réunir du tout, ou de la voir se réunir d'une manière incomplète.

Après avoir armé deux ligatures portant chacune une aiguille aux deux bouts des fils, j'ai placé deux points de suture, en embrassant de dedans en dehors le plus de chairs possible.

Une sage-femme, amie de la malade, avait été présente au travail et à la suture, quoiqu'elle ne se fût pas aperçue tout d'abord de la déchirure périnéale; et comme elle avait été contrariée de ce que la famille m'avait prié de faire l'accouchement, elle n'a pas manqué de dire dans tout le voisinage que j'avais estropié cette femme.

La malade une fois remise au lit, je lui ai donné un gramme et demi de seigle en trois paquets, et lui ai serré le ventre avec une ceinture. Bouillon, qui à huit heures du soir a été vomi. Nuit calme.

Le 16. La malade est bien : ventre souple, la vessie, quoique vidée depuis hier est distendue, et je fais uriner la femme pour mieux examiner l'utérus. En effet, cet organe, dont le fond dépassait le nombril de deux doigts avant la déplétion de la vessie, est d'un doigt au-dessous après. Bouillon, potage à la mère, lait coupé à l'enfant. Le reste de la journée et la nuit sont excellents. La femme a commencé à présenter le sein à l'enfant avant même que je lui en aie donné la permission.

Le 17, pas l'ombre de fièvre. L'utérus est au point d'hier, rétracté et fortement dévié à droite. Potages, eau rougie. Dans la soirée il y a quelques bouffées de chaleur et le pouls monte à 84; mais il n'y a ni frissons ni céphalalgie. Injection vaginale, lavement; huile camphrée et flanelle sur le ventre. Nuit passable.

Le 18, je trouve le fond utérin à deux doigts sous le nombril et plus rapproché de la ligne médiane : ventre souple, pouls toujours à 84. Le lavement n'ayant pas été rendu, j'ordonne 20 grammes d'huile de ricin.

La journée n'a pas été bonne, la purge n'a pas opéré, céphalalgie, quelques frissons suivis de chaleur humide, mais sans que le ventre soit douloureux. Les seins ne se gonflent pas, et comme l'enfant tire du sang par les efforts de la succion, je fais suspendre l'allaitement.

Le soir, à 7 heures le pouls est à 120 ; la peau est chaude, lochies excessivement fétides. Quoique le ventre soit souple et indolent, quoique l'utérus soit assez rétracté, je crains des résorptions d'autant plus dangereuses ici que la malade est logée dans un fond de boutique étroit, obscur et humide; aussi je m'empresse de lui donner l'ipéca stibié, et après les vomissements, une potion avec un gramme de sulfate de quinine.

Les évacuations par le haut et par le bas, et l'administration de la potion quinique, ont été suivies de calme.

Le 19, le pouls est à 100. Ventre souple ; je ne puis pas bien délimiter l'utérus, lochies moins fétides. Je fais une injection prolongée dans le vagin, et l'utérus s'étant alors contracté, je trouve son fond à trois doigts au-dessous du nombril. Même médication, potages, eau rougie.

La journée est assez bonne, mais le soir le pouls remonte à 112, et il y a de la chaleur halitueuse à la peau, ce qui n'empêche pas la nuit d'être bonne.

Le 20, la malade est mieux, pouls à 96. Les seins commencent à grossir. On continue la potion. Le soir le pouls est à 84, et la nuit est excellente. L'enfant ayant été nourri pendant ce temps avec du lait de vache coupé avec de l'eau de gruau, on ne se soucie plus de le mettre au sein de la mère.

Le 21, la malade est convalescente et va de mieux en mieux les jours suivants.

Le 23, c'est-à-dire le neuvième jour après l'accouchement, je songe à examiner l'état du périnée pour ôter les fils ; mais pour confondre la malveillance de la sage-femme je l'ai fait appeler, sous prétexte de me servir d'aide.

Après avoir fait placer la femme sur le bord du lit, les jambes écartées, j'ai entr'ouvert la vulve, et nous avons pu voir la réunion se prolonger jusqu'au bord de la fourchette. Comme j'avais laissé un chef de chaque fil assez long pour pouvoir le saisir, j'ai pu couper les deux points sans opérer de tiraillements. La sage-femme a été extasiée de cette réunion et a été obligée de dire que tout avait été bien réparé, si faute il y avait eu ; car il est écrit dans tous les livres que toute primipare doit avoir la fourchette déchirée, et la lacération du périnée n'était pas ici assez large pour constituer une infirmité. Tout autre n'y aurait même pas mis de suture.

Le même jour on m'a fait remarquer sur le sinciput et sur le pariétal gauche de l'enfant un céphalématome gros comme une demi-noix, mais des lotions de vin chaud ont suffi pour en opérer la résolution.

La mère a fini par se remettre parfaitement, et l'enfant, quoique élevé au biberon, a continué de bien venir, ce qui est rare à Paris.

OBSERVATION CCVII.

Multipare. — Cinq enfants morts peu après la naissance; cause suspecte de cette mort. — Sixième grossesse heureuse. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Le travail, aidé des petites manœuvres est très-court. — Naissance d'une fille bien portante. — Les plus mauvaises conditions du lieu n'ont pas amené d'accidents fébriles pendant les suites de couches. — Le quatrième jour la malade se lève, le cinquième travaille et sort en ville le sixième. — Une hémorrhagie a été la conséquence de ces imprudences. — Cette sixième enfant est morte comme les autres peu de jours après sa naissance. — Le médecin doit-il faire part à la justice des doutes qu'il peut avoir sur un crime d'infanticide commis par sa cliente?

Mme L., native de Paris, demeurant dans le quartier Saint-Jacques, repasseuse dès son enfance, est âgée maintenant de 28 ans. Taille moyenne, bonne constitution, jamais de maladies, menstruation toujours régulière. Elle s'est mariée à 19 ans, mais au bout de quelques mois elle s'est séparée de son mari, ce qui ne l'a pas empêchée d'avoir cinq grossesses. Les enfants sont morts peu de jours après leur naissance.

Les dernières règles avaient paru au milieu de janvier 1860, et comme la grossesse n'avait rien offert de particulier, cette femme a continué la profession de repasseuse jusqu'au moment de l'accouchement.

La neuvième époque cataméniale correspondait au milieu

d'octobre; en effet, le 13 de ce mois, après avoir repassé toute la journée, Mme L. a senti le soir a six heures des malaises qui lui ont fait pressentir l'approche de l'accouchement.

Je suis appelé pour la première fois auprès de cette femme à 8 heures du soir, et je constate par le palper la présence d'un enfant en première position du sommet. Les contractions sont à 10 minutes d'intervalle. Le col utérin est fortement porté en arrière, effacé et un peu dilaté. Je fais coucher la malade et le travail a l'air de se suspendre, si bien qu'on pouvait croire à une fausse alerte; mais ce fait avait été amené par l'influence du changement de position de la femme. Lorsque dans ces cas la patiente reste debout, elle a souvent en effet des douleurs plus fréquentes et plus vives que lorsqu'elle est couchée.

A 9 heures, les douleurs reviennent, quoique la femme soit couchée; je ramène le col en avant et l'y maintiens pendant quelques contractions, ce qui fait marcher promptement la dilatation. A 10 heures et demie je perce la poche des eaux, et les contractions se rapprochent bientôt à la période de 4 minutes. La tête, qui était déjà bien engagée à travers le détroit supérieur, descend dans l'excavation. J'abaisse le plancher pendant la contraction, je fais l'extension artificielle par des pressions sur la région ano-coccygienne, et à 11 heures cette tête franchissait la vulve. Le reste est venu tout seul.

C'est une fille vivace, pesant 2,890 grammes. Délivrance naturelle quelques minutes après, moyennant de petites tractions sur le cordon. Un demi-gramme de seigle, ceinture sur le ventre. Comme la malade a eu bientôt des tranchées assez vives par la suite, on n'a plus répété le seigle.

Le 14, la malade est très-bien, il sort très-peu de sang par de la vulve, l'utérus, bien retracté, est à un travers de doigt sous le nombril, pouls calme. Le logement de cette femme étant une grande pièce au rez-de-chaussée, rendue humide par la position et par le linge qu'on y étend sur des cordes avant de le repasser. Cette humidité, conjointement à la chaleur du poële, constamment allumé, faisait de cette pièce une étuve remplie de vapeurs d'eau.

Je fais enlever le linge tendu et je dis aux ouvrières, qui

repassent toute la journée dans cette pièce, de faire un feu modéré, mais la prescription n'a été exécutée qu'à demi. En arrivant chez cette femme, je sentais l'air tellement malsain que je faisais ouvrir une croisée pour respirer moi-même. La malade, quoique habituée à cette atmosphère, sentait combien le renouvellement de l'air lui était agréable. L'enfant prend du lait coupé, et on me dit qu'on la mettra en nourrice. La mère prend des potages.

Le 15, la malade est très-bien, pas l'ombre de fièvre, l'utérus est bien revenu sur lui-même et son fond est déjà à deux doigts sous le nombril. Même régime.

Le 16 et le 17, la malade est encore mieux, pouls toujours calme, aussi la malade commence à manger de la viande et à boire de l'eau rougie ; les seins ont à peine augmenté de volume. Huile camphrée, lavements.

Le 18, la malade est si bien, que, contrairement à mon ordre, elle commence à se lever pendant plus d'une heure. Le 19, je la trouve sur pied, repassant du linge, et comme je lui fais sentir toute la gravité de ses imprudences, elle me dit que sa position exige qu'elle repasse, et que, du reste, elle se sent assez forte pour le faire. Il paraît que le 20 elle est même sortie en ville, et, en la voyant pour la dernière fois, le 21, je lui ai dit qu'elle sera bien heureuse si elle ne payera pas cher ses imprudences. Comme je lui demande aussi pourquoi elle n'a pas déjà placé en nourrice son enfant, auquel elle continue de donner du lait coupé, elle paraît se formaliser de mon insistance.

Huit jours après, ayant dû aller dans le quartier, j'ai voulu avoir des nouvelles de cette femme, et j'ai appris, par la concierge, qu'une hémorrhagie assez vive avait suivi ma dernière visite, mais que la malade n'avait pas voulu me faire appeler. Un autre médecin avait été mandé ; mais une autre chose, encore plus grave à mes yeux, est que l'enfant, que j'avais laissée si bien portante, était morte le lendemain de ma dernière visite.

Réflexions. Cette observation se prêterait à bien des considérations ; je ne m'arrêterai cependant qu'aux points principaux.

Quoique native de Paris, Mme L. a, comme on voit, des accouchements prompts et faciles, surtout en lui venant en aide par de petites manœuvres. Est-ce à dire pour cela qu'on peut permettre à ces malades de se lever et de marcher de si bonne heure? Les femmes de la campagne, qui accouchent souvent aussi facilement, quoique sans secours, se lèvent, en effet, trois ou quatre jours après, quelquefois même le lendemain; il y en a qui se couchent à peine pendant l'état puerpéral, mais la nature chez elles a plus de ressources que chez les femmes de la ville; et du reste les accidents, les hémorrhagies, les maladies de matrice en sont souvent la conséquence, même à la campagne; aussi, pour mon compte, je suis sévère à ce sujet. Autant je suis partisan de l'intervention pendant le travail, pour ménager les forces générales et celles de l'utérus, autant je fais de tout pour ménager la perte du sang et augmenter les forces par l'alimentation, autant aussi j'exige que les femmes gardent le repos horizontal, au moins pendant huit à dix jours après l'accouchement. J'en fais prendre même quinze à vingt aux femmes qui le peuvent sans inconvénient pour leurs affaires.

Un autre point important de cette observation est l'innocuité des suites de couches malgré les mauvaises conditions du milieu; et, sans m'en attribuer tout le mérite, je dis que, dans ces cas, encore plus que dans tout autre, on a besoin de provoquer la rétraction utérine pour fermer la porte aux résorptions.

Enfin, cette femme, par la difficulté qu'elle éprouvait à m'expliquer la mort de tous ses enfants, et par la mort de la dernière, que j'avais laissée en bon état la veille, cette femme, dis-je, m'a fait l'effet d'avoir occasionné elle-même cette mort.

Sans être riche, ni même bien à l'aise, cette femme me paraît avoir assez de travail pour gagner quelque argent, et si le père de ses enfants lui vient en aide, elle peut élever ces enfants. Ne le pouvant pas, du reste, elle pourrait les mettre au dépôt Mais pour les placer à ce dépôt il faut donner son nom, il faut pouvoir prouver, en quelque sorte, qu'on est dans l'impossibilité de les nourrir. Une femme mariée qui donne son nom pour un enfant adultérin fait acte public

de sa faute; et c'est probablement à ces causes, ou autres semblables, que cette femme doit de commettre le crime d'infanticide. S'il y avait, comme autrefois, un simple tour pour recevoir incognito tout enfant qu'on y déposait, la chose n'aurait peut-être pas eu lieu.

Maintenant, devais je faire part de mes soupçons à la justice? surtout après que la chose était consommée, soupçons qui pouvaient ne pas être l'expression de la vérité, ou qu'il aurait été impossible de prouver? devais-je trahir le secret, quoiqu'il ne me fût pas recommandé? Je n'ai pas cru devoir le faire; mais je m'étais promis, si j'étais appelé une autre fois auprès de cette femme comme accoucheur, ou que j'eusse même connaissance d'une nouvelle grossesse, je m'étais promis de prendre des mesures pour que la vie de l'enfant fût à l'abri d'un crime. La chose n'a pas encore eu lieu. Un fait pareil n'aurait jamais eu lieu à la campagne, ou bien il aurait provoqué les murmures du voisinage, ainsi que les soupçons de la justice. A Paris, on n'a qu'à changer de logement pour se rendre inconnu à ses voisins.

OBSERVATION CCVIII.

Multipare. — Les règles continuent malgré l'allaitement. — Les effets d'un chagrin violent pendant la grossesse.— Hémorrhagie promptement arrêtée. — Sexe de l'enfant reconnu par l'auscultation. — Accouchement un peu prématuré. — Les vomissements, pendant l'accouchement, peuvent être cause et effet des troubles du travail. — La douleur dite des reins, ses causes, ses effets, comment la combattre. — Les petits secours abrègent considérablement le travail. — Symptômes trompeurs de la brièveté du cordon ombilical. — Spirale régulière de ce cordon, ses causes. — Naissance d'un garçon bien portant mais qui s'enrhume facilement. — Signification suspecte de l'enchifrènement des nouveau-nés. — Rétablissement de la mère sans fièvre bien marquée. — L'enfant, après bien des péripéties, est mort avec des symptômes suspects de syphilis, sans avoir communiqué la maladie à deux nourrices qui l'ont allaité.

Mlle C. H., après son dernier accouchement (v. obs. 139e), s'est bien portée. Elle a nourri sa fille exclusivement au sein pendant trois mois, puis avec une alimentation légère, en continuant cependant l'allaitement jusqu'à huit mois. Son enfant n'avait jamais voulu prendre du lait d'animaux, de sorte que sa nourriture a été assez difficile.

Pendant l'allaitement, cette femme a toujours eu ses règles. Son enfant, comme cela a été dit dans l'observation précédente, est mort à l'âge de quinze mois.

Mlle H. a eu ses règles pour la dernière fois du 12 au 15 février 1860, c'est-à-dire pendant qu'elle allaitait encore, et comme son lait a aussitôt diminué, elle a cessé de donner le sein bien avant qu'elle ne l'aurait voulu.

Devant élever sa fille sans pouvoir se servir du biberon, elle était déjà fatiguée lorsque la maladie et la mort de cette fille sont venues l'accabler de chagrin. Ce n'est cependant pas au moment de cette mort qu'elle en a ressenti les effets. Quelques jours après, une hémorrhagie abondante arrive.

Cette hémorrhagie a lieu le 20 septembre, vers la septième époque cataméniale après la fécondation : on m'appelle, et la prescription de la position horizontale, ainsi que de quelques opiacés, a suffi pour arrêter l'écoulement. On voit qu'ici le chagrin avait déjà congestionné l'utérus, mais pas assez pour que le sang rompît les vaisseaux : il a fallu que la nouvelle impulsion de l'époque cataméniale s'y soit jointe.

Ayant examiné à diverses reprises le ventre de la malade, je m'étais assuré par le palper qu'elle portait un enfant en première position du sommet, et enfin, par l'auscultation pratiquée dans les derniers jours d'octobre, j'avais trouvé que le cœur de l'enfant battait cent vingt fois par minute, ce qui faisait supposer un garçon.

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 12 et le 15 novembre; mais le travail est arrivé le 7 de ce mois. Dans la grossesse précédente, du reste, le terme avait été devancé aussi de plusieurs jours.

Dans l'après-midi du 7, les mouches commencent, aussi la malade a à peine pris un peu de soupe à son dîner, et à sept heures trois quarts, elle s'est rendue à ma maison d'accouchement. Étant absent en ce moment, je n'ai pu la voir qu'à huit heures et demie.

A mon arrivée je trouve que les contractions utérines sont déjà à la période de cinq minutes et assez vives. Le col utérin est effacé et a trois centimètres de diamètre dans son ouverture. La tête de l'enfant est dans l'excavation.

Le travail ayant l'air d'aller promptement et la dilatation du col étant presque complète, je romps la poche à 9 heures un quart. Mais loin de marcher de mieux en mieux, ce tra-

vail est allé, au contraire, en se ralentissant. Ainsi, les contractions n'arrivent bientôt que toutes les huit à dix minutes. La femme pâlit d'abord, puis elle vomit le peu de soupe et d'eau rougie qu'elle avait pris. On aurait pu croire ici que les aliments, en pesant sur l'estomac, avaient troublé le travail, mais la quantité en était trop minime pour cela; c'est plutôt le travail qui a provoqué les vomissements. J'ai ausculté le cœur de l'enfant, et comme il battait fort, je me suis borné à attendre. Je me suis contenté de faire chevaucher le bord du col sur la tête de l'enfant pendant la contraction, ce qui favorise à la fois la dilatation et le retour des contractions utérines.

Malgré ces petites manœuvres, le travail ne marche guère, et la femme se plaint de douleurs de reins, douleurs si fortes, que la malade finit par se rouler sur le lit. J'avais eu la pensée de les soulager par le chloroforme, mais comme elles ne sont guère pour moi que le résultat de la compression utérine sur la saillie vertébrale, j'ai fait coucher la femme sur le côté, les jambes fléchies. Cette position, accompagnée de frictions vives sur la région lombo-sacrée, a suffi pour adoucir la souffrance. Il suffisait de cesser ces moyens ou de toucher au col, pour que la douleur se fît aussi vive qu'auparavant.

La dilatation a fini par se compléter, et le col a pu dépasser la tête; de sorte qu'en abaissant artificiellement le plancher, j'ai cru que le travail se terminerait bientôt. Mais il n'en a été rien. Cette tête ne franchit pas la vulve, quoiqu'elle fasse les mouvements de va-et-vient. De prime-abord, j'ai pensé qu'il s'agissait d'une brièveté du cordon, aussi j'ai fait sortir cette tête par l'extension artificielle. (Il est dix heures et demie.)

L'enfant est en effet un garçon assez fort (3,200 grammes) et vivace. Il ne porte pas de tours de cordon au cou, et cette tige vasculaire n'est pas assez courte pour faire croire à une brièveté proprement dite. Délivrance naturelle une demi-heure après, moyennant de légères tractions. J'ai pratiqué, suivant mon usage, deux ligatures sur le cordon avant de le diviser entre les deux nœuds, et la tige vasculaire, dans son bout placentaire, conserve sa forme en spirale comme avant

de la couper. La spirale, formée par la veine, est régulière d'un bout à l'autre. Cette spirale ayant la même direction dans toute la longueur, tend à prouver que le fœtus, pendant qu'il était encore mobile, a exécuté plusieurs tours sur lui-même. Placenta sain, malgré la congestion et l'hémorrhagie de la grossesse.

Je serre le ventre de la femme avec une ceinture et lui administre un gramme de seigle.

La journée du 8 s'est très-bien passée. L'utérus est si bien rétracté que son fond est d'un doigt au-dessous du nombril. Peu de tranchées. La femme prend des potages et l'enfant boit du lait coupé.

Le 9, pas l'ombre de fièvre, et, chose qui m'étonne, l'utérus est déjà à quatre doigts sous le nombril. Dans la soirée les seins se gonflent, et le 10, je commence à les faire présenter à l'enfant.

La succion réveille les tranchées utérines, et le soir du 10 il y a malaises, céphalalgie et fréquence du pouls, sans cependant qu'il y ait eu de frissons. Le ventre n'offre pas non plus de sensibilité. Comme l'utérus est bien rétracté et qu'il est indolore, je ne crains ni les résorptions ni une inflammation, et je me contente de suspendre la viande, le pain et l'eau rougie que la femme prenait déjà. Cela a suffi pour que le 11 et le 12 la malade n'aît plus rien eu, et qu'elle se soit promptement rétablie.

L'enfant, au contraire, dès le 10, a commencé à être enchifrené, et les jours suivants, le gonflement de la muqueuse nasale était allé si loin que cet enfant était obligé de respirer par la bouche. Ce fait expliquait pourquoi la succion des seins n'était guère plus possible, tandis que la déglutition du lait trait était facile. J'ai fait faire des injections émollientes dans les narines et ai fait retirer avec soin, chaque jour, les croûtes qui obstruaient ces cavités, de sorte que le 15 la mère et l'enfant ont quitté la maison en bon état.

Depuis cette sortie, la femme, je ne sais trop pour quel motif, a cessé de donner le sein et lui a substitué le lait de vache, mais comme l'enfant devient malade, on m'appelle le 23 du même mois.

Au moment de ma visite, l'enfant offre un ventre dur et

volumineux, il y a des gaz intestinaux qui sortent, même par le haut; cependant il y a peu de selles, et les matières rendues sont décolorées, preuve évidente que le foie ne fait guère de bile. Je fais donner des bains généraux et fais mettre des cataplasmes sur le ventre, mais je dis à la mère que cet enfant a besoin du sein. Pour corriger la constipation, je fais diminuer l'eau de gruau qu'on mêlait au lait et fais donner de petits lavements.

Ces moyens ayant un peu amélioré la position de l'enfant, on ne se soucie pas de faire donner le sein, mais le mieux n'a pas duré longtemps, et dans les premiers jours de décembre il survient de la jaunisse. On m'appelle le 5 de ce mois, et quoique je trouve l'enfant très-malade, je dis que le sein seul peut encore offrir quelque chance de vie; mais comment faire ici ?

La mère n'a plus de lait; devait-on craindre de confier l'enfant à une nourrice? Le corryza, qui avait cessé, du reste, et l'état maladif du foie pouvaient faire craindre une maladie syphilitique, sachant surtout que le père avait eu une éruption suspecte à la peau pendant que je l'avais vu à la maison, mais ceci n'était pas assez marqué pour qu'on ne pût attribuer aussi les symptômes de l'enfant à d'autres maladies, à l'usage du biberon surtout.

On confie l'enfant à une nourrice de Montrouge, et le sein ne tarde pas à faire cesser les phénomènes abdominaux, mais l'enfant ne vient pas en proportion du temps. Il est maigre, pâle, le front ridé et terne, enfin des boutons pustuleux à marche chronique apparaissent aux bras et aux jambes. La nourrice et ses enfants n'ont rien, et quoique l'éruption ne soit venue ni aux organes génitaux ni aux mains, ni aux pieds comme cela a lieu pour les maladies syphilitiques chez les nouveau-nés, je n'ai pas moins lieu de croire cette éruption suspecte.

Le père et la mère attribuant l'état de l'enfant au peu de soin de la nourrice, la changent pour une autre qu'ils prennent chez eux, et, en effet, l'enfant s'en trouva mieux pendant quelques jours. Les boutons ont presque disparu et ont laissé à leur place des taches cuivrées caractéristiques; aussi je ne balance plus à donner une cuillerée à café par

jour à l'enfant d'une potion à l'iodure de potassium (2 gr. sur 100 de véhicule) et à lui faire donner quelques bains au sublimé. Le lait, pas plus que les moyens thérapeutiques, n'ont pu obtenir une amélioration durable, et après bien des alternatives de bien et de mal, après une maigreur qui approchait du marasme, cet enfant est mort le 26 mars 1861, dans les convulsions.

Réflexions. — Sans doute, ici les symptômes de syphilis n'ont pas été assez marqués pour ôter tous les doutes, mais ils n'en ont pas moins été très-probants pour moi ; et sans admettre la multiplicité des virus, je suis disposé à admettre la diversité des degrés de la maladie transmise. Ce qu'il y a eu de curieux ici, c'est que les deux nourrices que j'ai vues de près avant comme après l'allaitement, n'aient rien offert de suspect. C'est peut-être au degré faible de la maladie qu'on doit attribuer la manifestation tardive du mal, ainsi que la non-contagion ; mais ce degré était encore assez fort pour miner la constitution de l'enfant et pour l'emporter malgré tous les soins possibles. Une chose digne de remarque, du reste, est que cet enfant n'a jamais eu mal à la bouche et que les nourrices n'avaient pas eu de gerçures aux seins, tout autant de conditions capables de diminuer les chances de l'inoculation.

OBSERVATION CCIX.

Primipare. — Les nausées et les vomissements apparaissant dès les premiers jours de la fécondation.—Ces malaises et l'apparition incomplète des règles peuvent être aussi le signe d'une simple ovulation, ce qui sort tout à fait des idées reçues. — La gestation aggrave ici la migraine d'abord, puis elle la soulage. — Attaques hystériques. — Troubles que le coït apporte pendant la grossesse. — Premiers mouvements actifs de l'enfant à la fin du quatrième mois. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Agglutination incomplète du col par l'organisation du bouchon. — La théorie de la caduque de nouvelle formation explique ce fait mieux que l'exfoliation de la muqueuse. — Influence de l'engagement de la tête de l'enfant sur le redressement et la dilatation du col utérin. — Utilité considérable du palper pendant l'accouchement. — Brièveté du cordon, son influence dans la prolongation du travail, ses signes. — Léniceps. — Pour reconnaître le sexe de l'enfant par l'auscultation il ne faut guère la pratiquer pendant l'accouchement. — Naissance d'un garçon fort, malgré la faiblesse des parents. — Ceci ne dit pas grand'chose pour la santé ultérieure de l'enfant. — L'enfant nourri au biberon d'abord, puis par une nourrice, finit par succomber. — La mère se rétablit sans fièvre. — Le père offre les signes d'une spina-bifida guérie spontanément.

Mademoiselle J. G., native de Paris, demeurant rue des Maçons-Sorbonne, couturière, est âgée de 20 ans, de taille

moyenne, d'une constitution sèche et d'un tempérament nerveux. Elle n'a jamais eu d'autres maladies que la migraine. Sa mère est morte de phthisie pulmonaire.

Réglée à 18 ans, elle a vu irrégulièrement depuis lors. L'écoulement était peu abondant, durait deux ou trois jours et était précédé d'une céphalalgie intense. Jamais de grossesse.

Cette demoiselle vit en ménage avec un étudiant en médecine. Elle a eu ses règles pour la dernière fois du 12 au 15 février 1860, et dans ce même mois elle a été prise de nausées et de vomissements le matin et même dans le cours de la journée. A l'époque menstruelle de mars le sang a reparu, mais en moins grande quantité que d'habitude, ce qui prouve déjà l'existence de la grossesse. Cependant ces signes n'ont pas une valeur absolue. Comme je l'ai dit ailleurs, la femme ne fait pas un ou deux œufs à chaque menstruation, elle en fait ordinairement un ou deux par an, et il est démontré pour moi que les nausées, les vomissements, ainsi que le trouble de l'écoulement menstruel peuvent accompagner cette ovulation sans qu'il y ait eu fécondation.

La grossesse s'est avancée sans malaises bien marqués. La migraine habituelle a été aggravée pendant les premiers mois, mais après le cinquième elle est venue plus légèrement et plus rarement que dans l'état de vacuité. L'enfant a commencé à faire sentir ses mouvements actifs à la fin du quatrième mois (5 juin), ce qui serait un peu précoce, mais ceci dépend de la sensibilité de l'utérus, car je crois fermement que tous les embryons font des mouvements bien avant ce temps. J'ai eu dans ma clientèle des femmes qui les ont accusés à trois mois et même avant. Une autre remarque à faire ici est que le père de l'enfant s'est absenté pendant deux mois (du 1^er^ juillet au 1^er^ septembre), et pendant tout ce temps la malade a été moins souffrante. Dès que les rapprochements sexuels, quoique assez éloignés, ont recommencé, les malaises (nausées, vomissements, migraine) ont reparu. L'ébranlement nerveux, et surtout la congestion utérine que cause le coït, sont la cause de ce fait, et chez certaines femmes cet acte peut même produire d'autres accidents pendant la gestation.

Dans le cours de cette grossesse, Mlle J. G. a pris de l'exercice comme d'habitude et a continué son travail de couture. Dans les premiers jours d'octobre, sans cause appréciable, elle a été prise de douleurs abdominales qui lui ont fait craindre un accouchement prématuré.

Appelé, je constate une grossesse de sept mois et demi, et le palper trouve un enfant situé en première position du sommet (O. J. G. A.). Comme le col n'offre pas de modification qui fasse croire au travail, je reconnais aux symptômes précédents, ainsi qu'à la tension et à la sensibilité utérine, qu'il s'agit d'une simple congestion. Je prescris le repos, une potion laudanisée, et cela suffit à dissiper les malaises. Cette femme paraît avoir eu aussi, pendant la grossesse, des attaques hystériques à la suite de contrariétés, mais ceci ne l'a pas empêchée d'arriver à terme.

La neuvième époque cataméniale après la fécondation correspondait entre le 12 et le 15 novembre 1860. En effet, le 11 de ce mois la malade est fatiguée, ses malaises vont en augmentant les jours suivants, et la nuit du 16 au 17 les mouches commencent.

Le 17, on m'appelle à sept heures et demie du matin et je trouve l'enfant dans la position où je l'avais laissé à 7 mois et demi. La tête commence à plonger dans l'excavation, le col utérin est effacé mais n'offre qu'un centimètre environ d'ouverture; de plus il est si en arrière que j'ai de la peine à l'atteindre. Je fais coucher la femme, et alors je contaste que l'aire du col est occupée par des brides qui en retiennent les bords. Ces brides sont l'organisation du bouchon qu'on observe souvent dans le col dès les premiers temps de la grossesse, bouchon qui s'amincit et finit par se détruire dans la suite. Ici, il est assez résistant pour que j'aie éprouvé quelque difficulté à le détruire avec les doigts.

La présence de ce bouchon et surtout son organisation embarrassent la nouvelle théorie de M. Coste sur la formation de la caduque. En effet, si la formation de cette membrane n'est qu'une simple exfoliation de la muqueuse, comment expliquer le bouchon? Si on est obligé d'admettre l'épanchement de lymphe plastique pour la formation et l'organisation de ce bouchon, pourquoi vouloir la nier pour

former la caduque ? On sera peut-être surpris de ce que je vais dire, et je m'expliquerai mieux ailleurs ; mais la caduque n'existe pas toujours, au moins en dehors du point qu'occupe le placenta, et lorsqu'elle existe, elle s'explique par l'épanchement de lymphe plastique mieux que par l'exfolation de la muqueuse. J'arrive à l'accouchement de cette femme.

La période des contractions étant à 6 minutes, je fais coucher la malade sur le lit de misère à 8 heures, et je retiens le col utérin en avant avec le doigt pendant un quart d'heure. Ceci a suffi pour porter la dilatation à quatre centimètres, et la femme, qui n'avait que des douleurs de reins tout d'abord, a aussi maintenant des douleurs du bas-ventre.

J'espérais qu'avec cela l'engagement de la tête se ferait bientôt, mais la chose n'a pas lieu, et 9 heures, 10 heures sonnent sans que cet état soit modifié ; bien plus, le col se porte toujours en arrière et revient sur lui-même, chose qui n'aurait pas eu lieu si l'engagement s'effectuait.

Voulant me rendre compte du défaut d'engagement, je pratique le palper avec soin et je sens l'occiput de l'enfant au-dessus du pubis gauche, chose qui n'a pas lieu lorsque la tête est fléchie et que le bassin est spacieux, tandis qu'on sent facilement le front au-dessus du pubis droit ; de plus, au toucher vaginal comme au palper, on sent que cette tête est très-mobile au-dessus du détroit ; aussi je ne me hâte pas de déchirer la poche des eaux. En effet, cette poche n'empêche pas la tête de s'engager, et sa rupture anticipée pourrait laisser toutes les eaux s'écouler sans engagement.

Voyant les choses dans le même état à midi trois quarts, je reconnais qu'il y a là des obstacles assez prononcés pour intervenir. Je ne puis pas atteindre le promontoire, ou il faudrait déprimer le périnée et causer de la douleur, mais ceci m'indique déjà que le bassin n'est pas très-rétréci ; y aurait-il une brièveté très-prononcée du cordon ? La suite seule pouvait me le dire ; aussi je romps la poche, et heureusement le col appuie assez sur la tête pour que l'écoulement des eaux soit modéré.

Les contractions se continuant, je retiens de nouveau le col en avant, et sa dilatation se fait bientôt complète, je puis

même le faire chevaucher par-dessus la tête, tant celle-c s'est avancée en peu de temps.

On aurait pu croire à une terminaison prompte, mais bientôt la progression s'arrête et les contractions utérines, aidées de contractions volontaires assez vives, restent sans résultat. Une autre chose qui me frappe est que la tête étant désormais dans l'excavation, l'occiput ne fait pas sa rotation en avant, il reste immobile, et, lorsque, après l'avoir accroché, j'essaie de le conduire sous l'arcade pubienne, il résiste; on dirait même qu'il a de la tendance à se porter plutôt en arrière. J'essaie de faire cette rotation en portant le tronc de l'enfant en avant à travers les parois abdominales, sans plus de résultat. Une brièveté du cordon seule pouvait expliquer ce fait, aussi je n'ai pas craint de l'annoncer d'avance aux assistants. La tête reste transversale jusqu'au détroit inférieur et derrière la vulve.

Comprenant que, dans cette position, elle ne sortirait pas au dehors, je propose l'application du léniceps, et la femme s'y refuse. Heureusement que les pulsations cardiaques de l'enfant continuent d'être assez régulières, mais la malade n'a permis l'usage du léniceps qu'à 3 heures 40 minutes. Deux tractions faites avec une rotation de l'occiput en avant, ont suffi pour faire passer la tête à travers le détroit inférieur. Cela fait, j'ai retiré l'instrument et par le moyen de l'extension artificielle opérée avec la main, j'ai fait sortir cette tête sans causer un millimètre de déchirure.

Une fois la tête sortie, j'ai passé le doigt sur le cou de l'enfant et n'ai pas trouvé de tours de cordon, ce qui m'a désappointé. Une autre surprise m'a été offerte par l'élévation des épaules et la difficulté que j'ai éprouvée à les abaisser, après avoir essayé d'accrocher alternativement les deux aisselles. Enfin, à force de tractions, l'épaule antérieure a paru la première, offrant un jet de cordon fortement aplati, qui expliquait toutes ces difficultés. La sortie du reste du tronc a fait voir que ce cordon, fortement tendu, allait autour du tronc et enlaçait en même temps le bras postérieur. Voilà, par conséquent, une brièveté relative du cordon très-prononcée, sans que l'utérus ait offert l'enfoncement en cul-de-lampe dont on a parlé, et sans que la tête ait fait les

mouvements de va-et-vient qui sont aussi un signe de la brièveté dont je parle.

L'enfant est un gros garçon (3 kilogr. 600 gr.) en état de mort apparente, mais que j'ai pu ranimer facilement. Je dois dire, à propos du sexe, que dans le cours du travail j'avais compté les pulsations cardiaques de cet enfant, et j'en avais trouvé 160, ce qui aurait indiqué une fille, mais je ne me suis pas arrêté à ce chiffre comme s'il se fût agi d'une femme qui n'était pas en travail. La souffrance de l'enfant peut accélérer les pulsations cardiaques et induire en erreur pendant l'accouchement.

On aurait lieu d'être surpris de voir un enfant si bien développé, sachant que la mère est grêle, et que le père, aussi délicat qu'elle, porte même sur la région lombo-sacrée la cicatrice d'une spina-bifida qui s'est guérie spontanément. Sous la peau encore mince, on sent aujourd'hui même le défaut des apophyses épineuses et peut-être même des lames vertébrales correspondantes. Mais qu'on ne s'y méprenne pas, le développement d'un enfant au moment de sa naissance n'est pas toujours une garantie de force et de santé pour l'avenir.

Après quelques minutes, j'ai délivré cette femme en faisant de légères tractions sur le cordon, et j'ai extrait un placenta sain et volumineux, comme le faisait déjà présumer le développement de l'enfant. Conformément à mon habitude, je donne à la femme deux grammes de seigle en trois prises, et lui serre le ventre avec une ceinture.

Le reste de la journée est bon pour la mère, il y a peu de tranchées ; l'enfant prend du lait coupé.

Le 18, la malade se porte bien ; pas de fièvre, l'utérus est à deux doigts sous le nombril. Potages, eau rougie.

Le 19, la malade est toujours sans fièvre et ses seins sont encore flasques. L'utérus, quoique bien revenu sur lui-même, est dévié à gauche, ce qui est rare, mais ceci tient à ce que la femme reste couchée sur ce côté. L'enfant, qui avait pleuré tant qu'on l'avait laissé dans le berceau, s'est tu dès qu'on l'a couché à côté de sa mère, où il s'est réchauffé. Dans la nuit, il y a quelques tranchées secondaires, et les seins commencent à gonfler.

Le 20, la femme est toujours sans fièvre, et quoiqu'elle mange suffisamment, les seins sont peu gonflés. Je donne ordre de les présenter à l'enfant.

Le 21, tout va bien; mais comme la succion est douloureuse, la mère redoute de donner le sein à l'enfant. Le 22, la malade n'étant pas encore allée à la garde-robe, malgré les lavements qu'on lui a donnés, prend un peu d'eau de sedlitz. Tout en présentant le sein, on donne toujours à l'enfant du lait coupé.

La mère a continué de se bien porter et s'est promptement remise; mais soit faute de volonté, soit faute de lait, car elle en a peu, on cesse de donner le sein et on nourrit exclusivement l'enfant avec du lait de vache coupé avec de l'eau de gruau.

Le 23 déjà cet enfant est fatigué; dans la nuit il pleure constamment et a la diarrhée. Le 24 je lui trouve le ventre ballonné; aussi je conseille de confier cet enfant à une nourrice; mais on se contente de changer le lait de vache, et le petit malade se trouve mieux. On aide du reste cela avec de petits bains et des cataplasmes sur le ventre.

Le mieux n'a pas été de longue durée, et alors on a enfin placé cet enfant chez une nourrice de la campagne; mais il a fini par mourir en avril 1861; le remède est arrivé trop tard.

OBSERVATION CCX.

Multipare. — Les ruses de certaines femmes pour éviter la fécondation. — Grossesse anormale par le peu de développement du fœtus et de la matrice. — Erreur de l'auscultation pour déterminer le sexe de l'enfant pendant la grossesse, ses causes. — La position occipito-postérieure du fœtus est plus fréquente au début de la grossesse qu'à la fin; raisons du fait. — Toux réflexe. — Diagnostic de la présentation et de la position de l'enfant par le palper abdominal dès le cinquième mois de grossesse. — Faux travail prolongé. — Accouchement un peu après la neuvième époque cataméniale. — De petits soins intelligents peuvent faciliter beaucoup la parturition. — Particularités de la poche des eaux inexpliquées jusqu'ici. — Naissance d'une fille très-petite mais bien vivace. — La délivrance fait voir une hémorrhagie interne à laquelle on ne s'attendait pas. — Le père ayant eu la syphilis, on ne confie pas tout d'abord cette enfant à une nourrice. — Une bonne nourrice peut perdre son lait en peu de temps rien que par le changement dans sa manière de vivre. — Quoique élevée presque exclusivement au biberon, cette enfant est bien venue malgré les craintes qu'elle a inspirées. — La mère s'est rétablie sans fièvre.

Mlle L., née à Paris, d'une famille d'artistes, est elle-même une des artistes les plus distinguées des théâtres de la capitale.

Agée de 28 ans, d'une taille moyenne, d'un tempérament nerveux et d'une constitution sèche. Elle n'a jamais eu d'autres maladies que la variole, et, sans avoir des symptômes apparents de tubercules, elle est sujette à s'enrhumer.

Réglée à 15 ans, elle a continué de voir tous les mois, pendant cinq jours chaque fois. Elle a eu une première grossesse à l'âge de 18 ans, et la grossesse, comme l'accouchement et ses suites, se sont passés sans rien offrir de particulier. Sa fille, élevée au sein d'une nourrice, vit encore.

Après deux ans de vacuité, deuxième grossesse, aussi bonne que la précédente. Accouchement à terme d'un garçon qui fut confié à une nourrice, et qui, à trois mois, mourut subitement.

Ces grossesses rapprochées contrariaient beaucoup sa vie d'artiste, si elles devaient se répéter; aussi Mlle L. chercha-t-elle à éviter la fécondation. L'amant tâchait de n'avoir que des rapports incomplets, la femme mettait au fond du vagin une éponge attachée à un fil et qu'elle extrayait après les rapprochements, pour prendre ensuite une injection. Ces moyens, continués avec persévérance, ont permis à Mlle L. de passer sept ans sans avoir de nouvelles grossesses ; mais, pour une cause quelconque, une troisième grossesse a eu lieu. La connaissance de ces moyens n'est pas indifférente pour le médecin, afin de constater que, s'ils diminuent les chances de la fécondation, ils ne l'excluent pas absolument; enfin, pour rassurer, sur la fidélité de leurs femmes, certains maris qui croient pouvoir éviter la fécondation suivant leur bon plaisir. Quant aux précautions prises par les femmes, elles sont heureusement rares, et, comme nous venons de le voir, aussi infidèles que celles que peuvent prendre les hommes.

Mlle L. a eu ses dernières règles du 19 au 21 janvier 1860, et pendant les premiers mois, ayant été un peu souffrante, elle est allée prendre conseil de son médecin ordinaire, M. le docteur Marchal de Calvi. Ce médecin, entre autres choses, a tonifié la malade par les ferrugineux. Les premiers mouvements actifs de l'enfant se sont fait sentir du 2 au 3 juin. Cette dame a habité la campagne jusqu'au mois d'octobre,

et je ne l'ai vue qu'en passant plusieurs fois à Paris. La grossesse, du reste, n'offrait rien de bien particulier; jusque-là, et à part quelques chagrins assez prolongés, la malade se trouvait bien.

Le palper et l'auscultation que j'ai pu faire à des distances éloignées m'ont donné des renseignements importants. Ainsi, les parois abdominales et utérines étant minces, j'ai pu, dès les cinq mois, constater la présence d'un seul enfant, situé en seconde position du sommet (O. J. D. P.), et cette position s'est maintenue jusqu'au 15 octobre. Depuis ce moment, j'ai trouvé l'enfant en première position (O. J. G. A.). Cette remarque, dont il n'est nullement fait mention dans les auteurs, je l'ai faite déjà assez souvent pour établir, en effet, comme règle, que la seconde position est plus fréquente au début qu'à la fin de la grossesse. La raison me paraît être celle-ci : l'utérus est presque toujours dévié à droite. Or, comme l'enfant, encore petit, peut prendre toute sorte de positions, il place le dos et la tête, qui sont les parties les plus immobiles, sur le point déclive de l'utérus, c'est-à-dire à droite. Mais les choses changent à mesure que le fœtus grossit et qu'il s'élève au-dessus du détroit supérieur. Le rebord du détroit supérieur et la saillie de la colonne vertébrale gênent le fœtus, la matrice s'aplatit d'avant en arrière, et se place davantage sur la ligne médiane. La cavité utérine décrit une courbe à convexité antérieure, et, dans ce cas, le fœtus, qui est un arc de cercle, pour être plus commodément situé, place le dos en avant. Il resterait peut-être avec l'occiput à droite et en avant, mais le rectum occupe une partie du diamètre oblique droit du détroit supérieur, et la matrice, dans son diamètre oblique droit, a moins d'espace que dans son diamètre oblique gauche; aussi, le fœtus, après être resté peu de temps en troisième position, comme je l'y ai constaté quelquefois, finit par se mettre en première.

Une autre particularité que m'a offerte cette grossesse, est que, à six, sept, huit et neuf mois, l'auscultation a toujours trouvé que le cœur fœtal battait de 120 à 128 pulsations par minute, ce qui semblait annoncer un garçon; mais, tout au contraire, nous verrons qu'il y avait une fille. Je

tâcherai d'expliquer ce fait exceptionnel dans un instant. Pour terminer avec les remarques de cette grossesse, je dirai que la malade étant définitivement rentrée de la campagne dans les premiers jours d'octobre, j'ai pu l'examiner plus souvent, et j'étais surpris de voir que son ventre ne prenait pas le volume habituel. Ainsi, nous étions au neuvième mois, et le fond utérin ne dépassait le nombril que de trois travers de doigt, bien plus, ce volume n'a pas augmenté dans le cours d'octobre, quoique l'enfant fût vivant. Mais à dire vrai, peu vivace, surtout depuis un mois. Quant à la mère, elle serait assez bien si elle n'était pas tourmentée par une toux sèche, quinteuse, mais sans fièvre. Cette toux arrivant par quintes, dans l'après-midi, et manquant la nuit et le matin, fait voir qu'il s'agit d'une toux réflexe provenant de l'utérus gravide. La malade avait essayé en vain de la soulager par les pâtes pectorales. Il m'a fallu donner quelques opiacés.

La neuvième époque cataméniale devait amener l'accouchement du 19 au 21 octobre, et les mouvements actifs, ayant commencé le 3 juin, venaient ajouter à cette présomption. Le peu de développement du ventre seul était en opposition avec cette époque. En effet, vers les 20 et 21 octobre, la malade tousse un peu plus que les jours précédents, mais elle ne ressent pas encore les prodromes du travail. Le 22, le col utérin conservait encore toute sa longueur. Le 23, des malaises et la pesanteur des reins annoncent quelque chose de plus, enfin dans la nuit il y a des mouches. On m'appelle le 24 à 4 heures du matin; mais comme je trouve que le col, quoique entr'ouvert, a encore plus de deux centimètres de long, je constate que le travail n'est pas encore franchement déclaré. Ces menaces continuent la journée, puis elles cessent la nuit, si bien que, le matin du 25, la malade était moins souffrante que la veille. Dans la soirée il y a, comme les jours précédents, des mouches et même un peu d'agitation du pouls, pourtant le travail n'aboutit pas; de plus, au lieu de trouver du repos dans la nuit, la malade a été agitée. Le 26, je fais donner dans la matinée un bain général, et si le travail ne se décide pas, le soir je donnerai du sulfate de quinine pour empêcher ce faux travail, qui se répète

toutes les après-midi. La menace, cette fois, s'est heureusement traduite en réalité. Les mouches, d'abord à un quart d'heure, comme les jours précédents, ont fini par se rapprocher davantage et se fixer.

Appelé à neuf heures du soir auprès de la malade, je trouve cette fois le col utérin effacé, mais offrant à peine une ouverture de deux centimètres de diamètre; de plus, il est fortement porté en arrière et à gauche. Je me suis assuré, en tenant la main sur l'utérus, qu'il y a des contractions utérines bien marquées et régulières. A dix heures et demie je fais coucher la malade sur le lit de misère, pour tâcher de hâter le travail. Le docteur Marchal étant arrivé en ce moment, et apprenant que l'ouverture du col n'était pas plus grande qu'une pièce de vingt sous, a cru que nous en aurions encore pour longtemps; mais, tout au contraire, j'ai pu faire marcher les choses promptement.

J'ai accroché le col, que j'ai porté en avant, et, pendant la contraction, j'ai aidé sa dilatation par une pression circulaire très-doucement faite avec la pulpe des doigts explorateurs. A onze heures, la dilatation avait plus de cinq centimètres de diamètre. J'ai cherché alors à rompre la poche des eaux, et le grattage assez énergique de l'ongle de mon index n'a pas pu entamer les membranes; voici pourquoi survient ici une particularité que j'ai déjà observée bien des fois, et dont on n'a cependant pas parlé. C'est que le feuillet externe des membranes (chorion) est flasque souvent beaucoup plus que le feuillet interne (amnios), et cela même pendant la contraction utérine. Le grattage, dans ces cas, fait glisser le premier sur le second feuillet sans pouvoir l'entamer. M. Marchal a proposé ici l'emploi d'un crochet en ivoire dont on se sert pour tricoter et que nous avions sous la main, mais sa pointe faisait glisser aussi l'enveloppe externe sans l'entamer. Comme les instruments semblaient effrayer la malade et la famille, j'ai employé deux doigts au lieu d'un, et voici comment. L'index accrochait le pli du chorion pendant la contraction, puis le médius allait gratter la partie postérieure qui, cette fois, était aussi tendue que l'amnios. Les deux membranes étant en ce cas également distendues, se sont laissé déchirer (11 heures 1/4). La tête, qui était déjà

bien engagée dans le détroit supérieur, descend aussitôt sur le détroit inférieur. Je fais chevaucher le col sur cette tête, j'abaisse le plancher, je fais l'extension artificielle, et la tête traverse la vulve à 11 heures 3/4. Je n'ai eu qu'à accrocher les aisselles de l'enfant pour extraire le tronc; et quelle n'a pas été ma déception, lorsqu'au lieu d'un garçon je vois une fille, vivace, mais grêle, n'ayant que 46 centimètres de longueur.

La délivrance a été faite, quelques minutes après, à l'aide de petites tractions sur le cordon, et avec le délivre sont sortis des caillots sanguins noirs et abondants. Ces caillots, dont la surface utérine du placenta porte encore des traces, indiquent la formation d'une hémorrhagie interne, qui s'est probablement produite les jours précédents avec le faux travail. Je ne crois guère que cette hémorrhagie remonte au temps où l'utérus a, en quelque sorte, cessé de s'accroître, et que le fœtus lui-même a pris part à cet affaiblissement. C'est sans doute à cette faiblesse : 1° que dès le sixième mois j'ai dû de ne trouver que 128 pulsations; 2° que même au neuvième mois, j'ai mesuré les dimensions de ce fœtus à travers les parois abdominales, et je n'ai trouvé que 18 à 20 centimètres pour le tronc, 12 centimètres pour la tête. Cette mensuration, les parties maternelles défalquées, est confirmée par la mensuration du fœtus après la naissance. Sans la connaissance de tout ce qui précède, on croirait que cet enfant n'a que sept mois et demi environ.

On croira ce que l'on voudra, mais il est démontré pour moi que les eaux amniotiques servent pour beaucoup dans la nourriture de l'enfant. Or, ici le palper n'en a jamais trouvé une quantité notable pendant la grossesse. Il n'en est presque pas sorti pendant l'accouchement. Le décollement du placenta est trop récent pour expliquer le manque d'eau amniotique et les autres particularités de ce fait. Ces explications, nous les chercherons ailleurs dans un instant. Il suffit de savoir ici que, à part le décollement partiel, le placenta n'offrait dans sa trame aucune altération.

Suivant mon habitude, je donne à la malade un demi-gramme de seigle et lui serre le ventre avec une ceinture. Les tranchées s'étant montrées d'une manière assez vive, je

BOSTON MEDICAL
NOV 19 1917

n'ai plus fait répéter le seigle. La malade a été bien, et sa toux, qui avait déjà diminué dès le début du travail, a presque entièrement cessé après la sortie de l'enfant.

Le 27, la mère est tout à fait bien : pouls calme ; l'enfant, à part son peu de développement, est tout à fait bien, elle avale facilement le lait coupé ; mais ici il fallait décider une question grave : c'était de savoir si on donnerait aussitôt une nourrice à cette enfant, comme le réclamait la mère, ou bien s'il fallait attendre encore plusieurs jours pour cela. M. Marchal m'a fait précisément remarquer ici qu'il a soigné, il n'y a pas plus d'un an, le père de cet enfant d'un reste de syphilis, et quoique la mère n'ait rien offert, il pourrait bien se faire que l'enfant portât la trace de cette maladie. La constitution faible de la mère et l'ancienne maladie du père venaient expliquer précisément la petitesse de l'enfant. Nous avons donc décidé de garder cette enfant en observation pendant plusieurs jours, et, en attendant, on lui donnerait du lait coupé avec de l'eau de gruau.

Le 28, la malade est à merveille ; l'utérus, bien rétracté, est d'un doigt sous le nombril. Le 29, les seins commencent à se distendre, et avec cela le pouls est très-calme (64 pulsations). Le 30, je fais administrer 15 grammes d'huile de ricin, ce qui produit quatre selles abondantes. Pouls toujours calme, la toux a complétement disparu. Le 31, la malade est pour ainsi dire convalescente, mais il n'en est pas de même de l'enfant.

Cette fille, qui avait bien bu les premiers jours du lait coupé avec de l'eau de gruau, a pleuré toute la nuit du 30 au 31. Les selles sont déjà dures, ce qui me porte à faire diminuer l'eau de gruau, et dans la soirée, cette enfant est prise tout à coup de faiblesse et de pâleur qui donnent des inquiétudes. On appelle en toute hâte M. Marchal, qui était le plus rapproché, et celui-ci fait placer sur le ventre de cette enfant des cataplasmes, fait donner un lavement, enfin il fait donner un peu de sirop de violette et de miel comme laxatif. Il fait remplacer l'eau de gruau par de l'eau de mauve pour couper le lait.

Ces moyens ont produit bon effet. Le 1er novembre, quoique la femme ait été chagrine de l'état maladif de son enfant, elle n'a pas été plus malade.

Quant à l'enfant, qu'on disait avoir été prise de convulsions, je l'ai trouvée calme, grâce aux moyens employés par M. Marchal.

L'orage, je crois, avait été uniquement causé par la constipation, et l'eau de gruau en avait été la cause, à mon avis; on ne saurait trop s'en méfier.

La mère, dont j'étais plus spécialement chargé est allée de mieux en mieux, et comme son ancien médecin, M. Denis, me dit qu'à la suite de sa dernière couche mademoiselle L..... avait eu un abaissement de matrice, je l'ai engagée à rester au moins une vingtaine de jours au lit, quoique bien portante.

L'enfant, plus spécialement confiée aux soins de M. Marchal, a continué de bien aller. Ce confrère, craignant que la syphilis n'eût atteint le foie chez l'enfant, avait commencé un traitement avec de faibles doses d'iodure de potassium à l'intérieur et des bains sublimés; mais les fonctions intestinales s'étant bien établies, et rien n'ayant paru de suspect à la peau, nous avons été d'avis de donner, le 19 novembre, une nourrice à l'enfant.

Choisie par moi, cette nourrice paraissait offrir toutes les meilleures conditions, mais, chose qui n'est pas neuve pour moi, cette femme, qui à la campagne vivait misérablement, en arrivant à Paris et une fois bien nourrie, a pris tout de suite de l'embonpoint et de la fraîcheur; mais son lait a promptement diminué, enfin il a disparu en moins d'un mois. Heureusement que l'enfant avait conservé du goût pour le biberon, qu'on a continué, sans vouloir chercher d'autre nourrice. Cette femme, avec le biberon, a parfaitement élevé l'enfant, qui est aujourd'hui une charmante petite demoiselle.

OBSERVATION CCXI.

Huitième grossesse pénible terminée par l'avertement — Neuvième grossesse où la fécondation a pu être reconnue avant la disparition des règles. — Action de l'ovulation sur la menstruation contraire aux idées reçues. — La présentation des pieds caractérisée par les sensations douloureuses de la femme pendant la grossesse. — Cette présentation peut être spontanée, mais elle n'est pas naturelle et doit être changée en celle du sommet. — Diagnostic de cette présentation par le palper abdominal. — Version céphalique dans le cours du neuvième mois, faite par manœuvres externes. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Rotation du fœtus

par manœuvres externes dans la position occipito-postérieure. — Petites manœuvres pour abréger la durée du travail. — Altérations du placenta peu dangereuses. — La mère se rétablit sans fièvre. — Dimensions de l'utérus dans l'accouchement physiologique. — L'enfant, nourri au biberon, dépérit et reprend aussitôt après qu'on lui administre le sein.

Madame L., depuis l'accouchement auquel je l'ai assistée (V. Observ. LXXXIII), s'est bien portée, et, au bout de trois mois, elle était enceinte pour la huitième fois.

Dans cette grossesse, elle a été plus souffrante que pour toutes les autres. Des douleurs de rein l'ont tourmentée jusqu'au 6e mois, époque à laquelle, sans cause connue, survint une hémorrhagie (11 novembre 1859). L'écoulement dura quatre jours, au bout desquels le fœtus a été expulsé encore vivant; mais il est mort au bout de quelques minutes.

Madame L., qui fut promptement rétablie, a eu ses règles pour la dernière fois du 6 au 12 mars 1860, et si abondamment qu'elle a cru à une perte. Les règles une fois cessées, elle a eu des rapprochements sexuels, et, au bout de huit jours, elle a pu dire à son mari qu'elle était de nouveau enceinte.

La prolificité dans ce ménage pourrait surprendre quand on sait surtout que le mari et la femme sont grêles; mais il est désormais démontré pour moi que l'ovulation et même la fécondation s'allient souvent avec cette faiblesse; mais c'est la vitalité de l'œuf et la santé des enfants qui s'en ressentent le plus; aussi, des huit enfants de cette femme, un seul vit, et encore est-il malingre. Quant à croire que cette femme ait pu annoncer sa grossesse au bout de si peu de temps, la chose n'est pas extraordinaire, puisque madame L. a éprouvé dès les premiers jours les malaises des grossesses précédentes (nausées, mauvaise bouche, salivation, etc.). Un autre signe qu'il ne faut pas négliger ici, c'est l'hémorrhagie plus abondante que d'habitude. En effet, d'après mes observations, l'ovulation n'a pas lieu tous les mois avec les menstrues, mais une ou deux fois par an; et, loin de coïncider avec l'écoulement menstruel, l'ovulation trouble souvent cet écoulement d'une manière quelconque. Enfin, il est aussi démontré pour moi que le printemps où a été fécondée madame L. est aussi l'époque de l'année où il y a le plus de pontes et de fécondations.

Les malaises de cette femme ont diminué vers le quatrième mois ; mais, dès qu'elle a perçu les premiers mouvements actifs de son enfant, elle y a trouvé quelque chose qu'elle n'avait pas remarqué dans les grossesses précédentes.

Ces mouvements avaient lieu très-bas et étaient plus fréquents et plus douloureux que d'habitude, si bien que madame L. a cru porter deux enfants. La grossesse s'est ainsi avancée, et, quoique la santé générale se fût un peu améliorée, les malaises du ventre n'avaient pas changé de caractère. Les mouvements actifs se faisaient souvent si bas que la malade croyait devoir accoucher d'un instant à l'autre. De plus, elle a beaucoup de varices, ainsi que de l'œdème aux jambes et à la vulve.

La neuvième époque cataméniale correspondait du 6 au 14 décembre ; mais, comme Mme L. avance habituellement pour les accouchements, elle vient me consulter le 22 novembre. Je l'examine au palper abdominal, et je trouve qu'elle porte un seul enfant en présentation des pieds.

La tête est en haut, en avant, et sur la ligne médiane, le tronc est dans le segment gauche de l'utérus, et je puis le suivre jusque sur le bord du pubis gauche ; le segment droit de l'utérus est vide. Le palper profond, fait au niveau du détroit supérieur, ne trouve pas de tumeur dure volumineuse comme cela a lieu lorsqu'il s'agit d'une présentation du sommet. Il offre, au contraire, de petites tumeurs mobiles qui sont les pieds (C. J. G. A.).

Le 24, j'examine madame L. chez elle, pendant qu'elle est couchée sur son lit et débarrassée de tout lien, et le palper pratiqué à travers la chemise confirme le premier diagnostic.

D'après les idées qui courent, je n'aurais eu qu'à attendre ; mais, comme il est démontré pour moi que les présentations des pieds sont douloureuses pour la mère et qu'elles sont souvent nuisibles à l'enfant, en congestionnant l'utérus, en provoquant des hémorrhagies internes ou externes, et en amenant souvent des accouchements prématurés ; comme il est démontré aussi pour moi qu'au moment du travail la mortalité des enfants est infiniment plus grande dans les présentations des pieds et du siége que dans celles du som-

met, je suis le vieux principe hippocratique, et je ramène à la présentation du sommet celles-ci ainsi que toutes les autres.

Ici je ne voulais pas faire immédiatement la version céphalique, j'ai seulement voulu voir si le fœtus était bien mobile, et j'ai poussé à travers les parois abdominales encore recouvertes de la chemise, j'ai, dis-je, poussé sa tête de gauche à droite, ainsi que de haut en bas. Quelle n'a pas été ma surprise, lorsque cette tête a fui, en quelque sorte, sous ma main, et est allée se placer sur le centre du détroit. Le palper renouvelé l'a trouvée, en effet, sur le détroit supérieur, pendant qu'il a trouvé le tronc dans le segment droit de l'utérus, les pieds en haut et en avant (O. J. D. P.).

Craignant un dérangement aussi facile qu'avait été facile cette évolution du fœtus, j'ai placé un bandage de corps avec des serviettes sur les côtés, en guise de coussinets, et ai engagé la malade à rester au lit ; mais c'est à peine si madame L. s'y est tenue le reste de la journée. Le 25, elle était dehors dès cinq heures du matin, pour vendre son lait comme d'habitude. Cependant, la présentation de l'enfant n'a pas changé, et la malade elle-même était enchantée de ce résultat, car, dès le moment de l'opération, les mouvements de son enfant se faisaient en haut et n'étaient plus douloureux. Tout ce qui lui est survenu, ce sont quelques crampes dans les membres inférieurs, crampes qu'elle n'avait pas eues auparavant. Si la chose n'avait pas été prouvée depuis longtemps, on trouverait ici que la pression de la tête sur les plexus nerveux est la cause des crampes, et que la présentation des pieds elle-même peut gêner la circulation au point de causer des varices et de l'œdème.

La présentation de la tête s'est maintenue jusqu'à l'accouchement.

Le 5 décembre, quelques mouches apparaissent. On me fait appeler, et ne trouvant pas de modification suffisante du côté du col, je reconnais qu'il s'agit d'un faux travail. En effet, Mme L. continue les jours suivants à faire ses courses ordinaires, et le travail ne commence que le 13 décembre (neuvième époque cataméniale).

On m'appelle à neuf heures et demie du soir, et je trouve le col utérin effacé avec une dilatation de quatre centimètres

de diamètre. L'enfant est toujours en seconde position du sommet, la vulve est énormément déformée et volumineuse par suite des varices, les contractions utérines sont à dix minutes d'intervalle.

Je laisse marcher le travail, et à onze heures je perce la poche des eaux. La dilatation est presque complète, la tête descend dans l'excavation, et cependant la malade n'accuse aucune douleur, même pendant la contraction utérine.

Après l'ouverture de la poche, les contractions se sont fixées à 5 minutes et se sont renforcées. J'ai fait chevaucher le col, j'ai abaissé le plancher, et voyant qu'avec cela la rotation de la tête ne se faisait pas, j'ai accroché le tronc fœtal par des manœuvres externes et l'ai ramené en avant. Ceci a aussi favorisé l'engagement, et dès que la tête a paru derrière la vulve je l'ai fait sortir par l'extension artificielle; enfin, j'ai accroché l'aisselle gauche que j'ai portée en arrière pour faire la rotation des épaules, et tirant sur elle, j'ai extrait le tronc. La femme, qui aidait ces manœuvres par des efforts volontaires, n'a crié qu'au moment où l'enfant a traversé la vulve. (Onze heures et demie.)

C'est une grosse fille très-vivace (poids 3,400 grammes.) A onze heures trois quarts j'opère la délivrance à l'aide de petites tractions. Le placenta, volumineux, offre à sa surface utérine des ramifications nombreuses de fibres indurées. Ces fibres sont surtout tassées dans les espaces intra-lobulaires et plus à la surface utérine que dans la trame même du placenta. Quelques-unes de ces fibres sont même incrustées de sels calcaires.

L'heure avancée de la nuit ne permettant pas d'avoir du seigle ergoté, je fais l'ordonnance qu'on expédierait en cas de perte, sans cela on renverra la prescription au lendemain matin.

Je me contente de serrer le ventre avec un bandage. L'enfant, à peine maillotté, suce son doigt, et pour le contenter, on lui donne de l'eau sucrée.

A sept heures du matin, le 14, on administre un paquet de seigle d'un demi gramme, et, comme des tranchées sont survenues, on n'a pas donné d'autres paquets. Je vois la malade à onze heures, et je trouve le fond utérin à deux doigts

sous le nombril. Je fais uriner la femme, et la matrice descend encore plus, ce qui prouve combien elle est rétractée. Potages. L'enfant prend du lait coupé.

Le 15, la malade est en très-bon état, pas de fièvre.

Le 16, l'enfant est emportée à la campanne, et, malgré mes protestations, on la fait encore élever au biberon. La malade va de mieux en mieux, pas de fièvre, les seins commencent à gonfler. Le 17, la femme prend 40 grammes d'huile de ricin, et les jours suivants, de la tisane nitrée, ce qui lui a dégorgé les seins. Le 18, elle commence à se lever et n'a presque plus de lochies. Le 19, elle est convalescente. Cette malade, du reste, dit ne s'être jamais sentie aussi forte après un accouchement.

Dans ce même jour je cherche à délimiter l'utérus, et je le trouve si profond qu'il faut savoir le chercher pour le reconnaître. Il a trois travers de doigt dans sa plus grande largeur et il s'élève encore de trois doigts au-dessus des pubis. Bien entendu qu'il faut défalquer de ces dimensions l'épaisseur des parois abdominales.

Cet enfant, au bout d'un mois de biberon, était si maigre, que l'ayant rapporté à Paris, je l'ai trouvé dans un état de marasme. Il n'avait que le ventre de développé ; aussi j'ai immédiatement ordonné une nourrice au sein. Il était curieux de voir comment le lait de la femme restaurait l'enfant jour par jour, si bien qu'au bout de deux mois on ne l'aurait plus reconnu.

Réflexions. Je ne ferai ici qu'une seule réflexion : c'est le résultat obtenu par une intervention préventive. Voilà donc un véritable accouchement physiologique au premier degré ; aurait-il été le même pour la mère et l'enfant, si je m'étais contenté d'attendre comme on le prescrit ? Je ne crains pas de dire non.

OBSERVATION CCXII.

Primipare. — La menstruation abondante chez les femmes nerveuses. — Le séjour à Paris cause souvent des pertes blanches; préjugés à ce sujet. — Les bizarreries du goût pendant la grossesse peuvent être opposées suivant les individus. — Les seins grossissent au début de la gestation et s'affaissent souvent à la fin ; raison du fait.— Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Lorsque les contractions utérines sont trop rapprochées au début du travail elles sont souvent trop lentes à la fin. — La fatigue de l'utérus doit être distinguée de la paresse de cet organe. — Les petites

manœuvres abrégent le travail. — Brièveté relative du cordon, ses signes, son influence pernicieuse. — L'expectative aurait exposé ici à la mort de l'enfant. — Naissance d'un garçon bien portant. — Délivrance spontanée qu'il ne faut pas confondre avec celle qui est dite naturelle. — Fièvre éphémère chez la femme sans autre accident. — Cette fièvre n'est pas la fièvre dite de lait.

Mademoiselle A. C. A., native d'Alais (Gard), qu'elle a habité jusqu'à l'âge de dix-huit ans, est à Paris depuis quatre ans, rue du Petit-Carreau.

Passementière, âgée de vingt-deux ans, d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, d'un tempérament nerveux et d'une constitution sèche, quoique jamais malade.

Réglée à treize ans, elle a continué de voir tous les mois pendant six jours, et abondamment. Dans son pays natal, et surtout chez les femmes de sa famille, la menstruation est aussi abondante. Mademoiselle A. n'avait jamais eu de pertes blanches avant d'arriver à Paris, tandis qu'elle en a eu depuis qu'elle habite cette ville.

La cause de ces pertes a été souvent attribuée à l'usage du café au lait ; mais, outre que cette boisson alimentaire ne produit pas ce résultat en dehors de la capitale, on voit des femmes avoir ces pertes en arrivant à Paris, sans qu'elles prennent de cette boisson. Mademoiselle A... est précisément de ce nombre. Il arrive, du reste, très-souvent que ces femmes n'ont qu'à aller habiter une autre localité, la campagne surtout, pour voir ces pertes cesser, sans qu'elles cessent pour cela de prendre du café au lait.

Primipare, mademoiselle A... a vu ses règles pour la dernière fois du 6 au 11 avril 1860. Dès ce même mois d'avril, elle a eu des tournoiements de tête ; mais la suppression des menstrues et l'endolorissement des seins, au mois de mai, ont seuls confirmé la grossesse.

Le goût a offert ici des bizarreries qui ont eu quelque chose d'insolite ; car les femmes grosses, ordinairement, aiment les crudités et les choses acides ; mademoiselle A..., qui les aimait, au contraire, avant d'être enceinte, ne les a plus aimées après la fécondation. Elle a remarqué aussi que ses seins, d'abord gonflés et douloureux pendant les premiers mois de la grossesse, sont restés stationnaires au milieu, et se sont même affaissés dans les derniers mois. La raison de ce fait me paraît être celle-ci :

Les seins, chez les nouveau-nés comme dans l'état puerpéral, se gonflent à cause des rapports vasculaires et nerveux qui existent entre le bas-ventre et la paroi thoracique. Que la première de ces cavités soit congestionnée, et cela arrive surtout pour les organes génitaux, et le trop-plein se déverse dans les parois thoraciques et les glandes mammaires par les artères hypogastriques et mammaires externes.

Pendant les premiers mois de la grossesse, les seins, précisément, prennent part à la congestion, parce que la matrice, renfermée dans le petit bassin, ne peut pas se distendre au point de retenir le sang qui afflue dans ses parois. Dès que le globe utérin arrive au-dessus du détroit, et que le fœtus grossit, le sang peut être retenu et utilisé dans l'utérus même; de là la diminution des seins. Pareille chose n'a pas lieu chez les animaux, où la matrice, à cause de sa position horizontale, reste toujours en dehors du bassin; aussi, le grossissement des glandes mammaires est croissant et uniforme, depuis le commencement jusqu'à la fin de la gestation.

Cette femme, à part un peu de migraine, n'a pas été malade dans le cours des neuf mois; elle a même un peu engraissé, ce qui fait qu'elle est venue me voir seulement dans les premiers jours du mois de novembre, et par le palper, j'ai trouvé qu'elle portait un enfant situé en première position de sommet (O. J. G. A.) La neuvième époque cataméniale correspondait du 6 au 11 du même mois; c'est en effet le 11 que les mouches ont commencé dans l'après-midi.

A 5 heures, elle vint me voir; et trouvant le col utérin effacé avec une dilatation de deux centimètres, je lui dis que le travail est déclaré. A 7 heures 1/4, cette femme entrait à ma maison d'accouchement.

Le temps qui s'était passé entre la première et la seconde visite n'avait guère apporté de modification au col, et cependant les contractions étaient déjà à 3 minutes d'intervalle. A 7 heures 1/2, je fais coucher la malade; je vais accrocher le col, qui était fortement en arrière, et rien que de le retenir en avant, cela le fait dilater assez promptement. A 8 heures, je perce la poche, et comme la tête est déjà

dans l'excavation, on dirait que tout va se terminer bientôt; mais le contraire arrive.

Les contractions deviennent plus faibles et plus rares. On voit ici que l'utérus n'est pas inerte, puisqu'il était allé jusqu'à se contracter toutes les 3 minutes. Il est fatigué, et par cela seul il pourrait se faire qu'il ait eu à surmonter des obstacles supérieurs à sa force. Il est fatigué.

En effet, le col utérin est dépassé, ainsi que le détroit inférieur; j'abaisse le plancher, ce qui, par parenthèse, est ici un peu douloureux; mais la tête reste stationnaire. Si elle s'abaisse un peu pendant la contraction, elle se retire après. Neuf heures sonnent, et c'est à peine si cette tête entr'ouvre la vulve.

J'essaye l'extension artificielle en poussant la tumeur céphalique à travers le plancher distendu, et je sens qu'une force la retient; aussi je dis que nous avons affaire à une brièveté du cordon, et que, par conséquent, il faut vite terminer le travail. Je me proposais d'appliquer le léniceps; mais ayant insisté sur la flexion artificielle en accrochant l'occiput, et sur l'extension, j'ai fait sortir cette tête au dehors, sans produire aucune déchirure.

A peine sortie, elle est restée enfouie dans la vulve, et au lieu de faire la rotation de l'occiput à gauche, comme d'habitude, elle l'a faite à droite : c'étaient là tout autant de signes qui dénotaient aussi la brièveté du cordon. En effet, je passe le doigt le long du cou, et je trouve un tour que je dégage aussitôt. A ce moment apparaît un flot de sang, ce qui ne peut provenir que d'un décollement prématuré du délivre. Je me suis hâté d'accrocher les aisselles et de tirer l'enfant au dehors (10 heures).

Cet enfant est un garçon assez fort (3,340 grammes); il a un peu de peine à respirer; mais à l'aide de quelques fessées, il finit par le faire convenablement.

A peine avais-je confié l'enfant à la garde que je suis retourné auprès de la mère pour voir si elle perdait beaucoup de sang, et, chose qui est rare, j'ai trouvé le délivre à la vulve. C'est la délivrance spontanée et immédiate, ce qui n'est pas la délivrance naturelle, puisque celle-ci est un peu plus tardive, soit qu'on aide ou non le décollement par des

tractions. La brièveté du cordon et les tiraillements avaient été ici la cause du décollement prématuré; et si, en suivant le vieux précepte d'attendre, j'avais été inactif, la mort de l'enfant en aurait été la conséquence; qui sait même si, l'hémorrhagie interne augmentant, la mère elle-même n'en eût pas beaucoup souffert.

Le placenta est volumineux et sain, mais déchiré en trois points, ce qui a été le résultat des tiraillements. Il est à remarquer ici que, malgré la brièveté du cordon, nous n'avons eu ni l'utérus déprimé en cul de lampe, ni la douleur locale, dont on a parlé comme signe de cette brièveté.

Ceinture. J'administre un demi-gramme d'ergot de seigle à 10 heures 1/2, et on répète cette dose à 11 heures. Le reste de la nuit est excellent pour la mère et l'enfant.

Le 12, la femme est bien, pas de fièvre; l'utérus est bien revenu sur lui-même. Potages. L'enfant prend du lait coupé.

Le 13, même état pour la mère; l'enfant est confié au sein d'une nourrice de la campagne.

Le 14, la malade va bien, pas de fièvre; les seins commencent à se distendre et à devenir douloureux; aussi je les fais frictionner avec de l'huile camphrée, et j'administre 30 centigrammes de scammonée. Même régime.

Le 15, la malade est bien le matin, pouls à 72, utérus à trois doigts du nombril; mais dans l'après-midi, il y a des frissonnements, de la céphalalgie, et le pouls monte à 80. Le globe utérin est un peu plus sensible que le matin.

Si on suivait les idées reçues, on trouverait ici la fièvre de lait; mais précisément les seins sont moins douloureux et moins tendus qu'hier. Le travail de réparation de la muqueuse utérine explique mieux le fait, et comme il ne peut guère y avoir ici de résorption à cause du retrait prononcé de l'organe gestateur, je ne me préoccupe pas de cette fièvre.

En effet, elle a cessé dans la nuit et n'a plus reparu. La malade est allée de mieux en mieux, et le 20, elle quittait la maison en bon état.

OBSERVATION CCXIII.

Primipare. — L'influence héréditaire de l'asthme n'a guère d'action sur la vie utérine. — Action de l'obésité sur la fécondation. — Vomissements pendant toute la grossesse. — Ces vomissements, glaireux et non alimentaires, sont restés sans influence sur l'obésité. — Grossissement du corps thyroïde pendant la grossesse malgré les moyens thérapeutiques. — Les rapports des organes de la génération avec le corps thyroïde et le larynx sont aussi anciens que variés. — On peut en donner une explication satisfaisante. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Un médecin peut-il sans inconvénient accoucher sa femme ou sa fille ? — Un praticien de Paris peut-il aller faire des accouchements hors la ville sans arriver trop tard ? — Travail prolongé. — Naissance d'un garçon bien portant. — Rétablissement de la mère sans accidents.

Le 17 janvier 1861, à dix heures du matin, j'ai été appelé par M. le docteur D.... pour aller à Romainville, bourg situé au delà des fortifications de Paris, et où se trouvait sa fille en ce moment, en proie, depuis deux jours, aux douleurs de l'enfantement.

Cette jeune dame, âgée de 21 ans, est d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution. Sa mère est bien portante et le père aussi, si ce n'est que celui-ci est asthmatique.

Menstruée à 15 ans, cette personne a continué de voir tous les mois pendant quatre jours.

Mariée en 1858, elle a passé deux ans sans grossesse, et pendant ce temps son embonpoint est arrivé presque à l'obésité.

Faut-il attribuer à cet état le retard de la fécondation, qui, du reste, n'a pas été bien grand? Dès l'antiquité, on a remarqué que l'obésité était une condition défavorable à la fécondation, et on expliquait ce fait en disant que le bord libre de l'épiploon descendait jusqu'à s'interposer entre l'ovaire et la trompe, ou jusqu'à boucher ce dernier canal.

La constatation du fait vaut plus que l'explication, et voici à ce sujet ce que j'ai observé :

L'obésité, lorsqu'elle se produit chez les jeunes personnes, diminue moins les chances de la fécondation qu'à un âge avancé; de même que celle qui paraît dans l'intervalle des grossesses rapprochées diminue ces chances moins que celle qui apparaît dans un long intervalle.

Quant à l'explication ancienne, elle est inadmissible, et la seule qu'on puisse admettre comme la plus vraisemblable est que le tissu cellulaire adipeux du petit bassin paraît diminuer la facilité du rapprochement entre l'ovaire et le pavillon de la trompe.

Le tissu cellulo-adipeux envahit tardivement le petit bassin, et, par conséquent, la jeune femme peut être obèse sans perdre l'aptitude à la fécondation ; surtout si une grossesse apparaît et qu'elle détruise, par compression ou autrement, les tissus qui pourraient éloigner les rapports qui existent entre la trompe et l'ovaire. Les choses changent lorsque la grossesse est tardive ou qu'un long intervalle a séparé la fécondation; aussi l'obésité est-elle alors la plus fâcheuse.

Cette jeune dame a eu ses règles pour la dernière fois du 5 au 19 avril 1860, et, dès le mois suivant, ont commencé des vomissements qui ont continué pendant tout le temps de la grossesse.

Ces vomissements étaient bien plus forts le matin que dans le reste du jour, mais ils n'en continuaient pas moins jusqu'au soir. Ils étaient toujours glaireux et presque jamais alimentaires.

L'embonpoint antérieur et l'alimentation ont fait que cette femme, pendant la gestation, n'a perdu ni de sa fraîcheur ni de son obésité, ce qui, du reste, n'est pas nouveau pour moi, car les femmes qui se trouvent dans cette position sont celles qui peuvent dissimuler le plus longtemps la grossesse.

Un seul phénomène a attiré l'attention du père pendant la gestation, c'est un grossissement successif et assez considérable du corps thyroïde ; aussi le docteur D.... a-t-il essayé l'emploi interne et externe de l'iode seul ou associé au fer, mais toujours sans succès.

Le corps glandulaire du cou et le larynx ont en effet des liens de sympathie qu'on a remarqués de tout temps, quoiqu'ils ne soient ni constants ni identiques.

Les changements que la puberté apporte à la saillie du larynx et au timbre de la voix sont assez connus de tous ; mais un rapport peu ou pas connu est celui de la force de la voix avec l'énergie génitale ; ainsi, pour mon compte, j'ai remarqué que les voix les plus fortes se trouvaient chez les per-

sonnes le plus portées aux rapprochements sexuels, *et vice versâ*. Le rapport de sympathie est même quelquefois instantané ; ainsi la voix est moindre, quelquefois elle est même voilée le lendemain d'un écart de régime ou d'un excès vénérien. La grossesse n'a pas une action si funeste sur le larynx, mais elle altère aussi quelquefois sa sonorité.

Le corps thyroïde paraît, au contraire, être plus souvent influencé par la gestation, et la grosseur du cou a été donnée par les anciens comme un des signes de la grossesse.

Si ce signe n'a guère été remarqué par les modernes, ceux-ci ont remarqué au moins que la femme, en se relevant de couches, avait souvent un cou plus fort qu'avant la grossesse, et ce fait était le plus souvent rapporté aux efforts et aux cris qu'avait faits la femme pendant l'accouchement. Cette explication peut avoir quelque chose de vrai, mais le fait est que le corps thyroïde grossit pendant la grossesse bien plus souvent qu'on ne le pense, et s'il diminue après les couches, il ne le fait pas toujours assez pour cacher son hypertrophie.

Le mot sympathie, dont on s'est servi pendant longtemps, constatait un fait physiologique plutôt qu'il ne donnait une explication. L'anatomie pourtant n'est pas muette ici, car les branches nerveuses du pneumo-gastrique qui vont au larynx et celles qui vont se perdre dans le plexus solaire, d'où partent les racines des plexus hypogastriques, ces branches expliquent la sympathie d'une manière plausible. La chose est moins aisée à expliquer pour le corps thyroïde, dont les principaux nerfs lui viennent avec les branches vasculaires.

Quelle que soit l'explication, l'agrandissement du corps thyroïde n'est pas ici du genre du goître endémique, ni du goître exophtalmique, qui a fait du bruit dans ces derniers temps. On pourrait l'appeler un *goître génital* pouvant commencer insensiblement sous l'action de la menstruation et du coït, mais grossissant surtout pendant la gestation et l'accouchement. C'est une simple hypertrophie des deux lobes du corps glandulaire, de l'un ordinairement plus que de l'autre, ce qui rend un peu le cou inégal, mais ne prenant jamais des proportions très-considérables, au point surtout d'offrir des kystes, etc.

Notre jeune dame, malgré son *goitre génital*, était arrivée au terme de la grossesse, et le père m'avait déjà prié de vouloir l'assister pendant son accouchement, lorsque le mari, à cause de l'éloignement, a cru pouvoir faire autrement.

La 9e époque cataméniale correspondait du 15 au 19 janvier 1861. En effet, dès le 15 de ce mois, les mouches commencent. Le père, par délicatesse, n'ose pas s'assurer de l'état des parties et l'on appelle le médecin de Romainville, lequel trouve tout en bon état; c'est la tête de l'enfant qui se présente; aussi on se borne à attendre.

Les journées du 15 et du 16 se passent dans des douleurs qui deviennent de plus en plus vives sans cependant que le travail avance beaucoup; si bien que dans la nuit du 16 au 17 le docteur D. commence à se préoccuper de l'état de sa fille, et comme il a fait assez d'accouchements pour en avoir l'habitude, il ne peut pas résister à la nécessité de s'assurer de l'état du travail par le toucher vaginal.

Il trouve, en effet, que le col utérin, malgré la longueur et la force des contractions qui avaient passé, n'a pas même acquis une dilatation complète, et il se demande s'il n'y aurait pas d'autres obstacles que ceux du col; aussi, dès le point du jour, le 17, il se dispose à venir me chercher. Le bourg de Romainville et le faubourg qui lui fait suite pour arriver au centre de Paris n'avaient pas pu permettre au docteur D. de trouver une voiture. Aussi, le temps qui avait été nécessaire pour me prendre et me conduire à Romainville fait que nous sommes arrivés seulement à dix heures du matin auprès de la malade.

Les égards du docteur D..... pour sa fille avant de pratiquer le toucher vaginal, ses craintes exagérées, et la peine qu'il s'est donnée pour venir me prendre, n'ont rien d'étonnant pour un père qui a, comme lui, une fille unique; mais si, comme il en avait fait le projet, il m'avait appelé dès les débuts du travail, toute appréhension aurait disparu et le travail n'aurait pas été si long.

Dans le cas présent, les premiers efforts du travail avaient déjà duré deux jours et deux nuits, ce qui m'aurait permis d'aller en Russie; heureusement pour la femme, depuis le départ du docteur D., la poche des eaux s'était percée sponta-

nément et le travail avait si promptement marché qu'il s'était terminé à neuf heures et demie par la naissance d'un garçon bien portant. Étant arrivé à dix heures, nous avons eu à peine l'occasion d'aider aux soins qui suivent la délivrance.

Voilà donc une femme chez laquelle le travail a duré plus de deux jours et deux nuits, et chez laquelle on a suivi exactement le précepte de ne rien faire; enfin la poche des eaux a fini par se percer et quelques instants après tout était fini. La mère, quoique exténuée de souffrances, était encore heureuse d'avoir un enfant vivant : mais on ne souffre pas toujours impunément, et si j'avais assisté cette femme dès le début, je n'aurais certes pas laissé traîner le travail si longtemps.

OBSERVATION CCXIV.

Multipare. — Premiers mouvements actifs de l'enfant sous l'influence d'une forte émotion de la mère; raison du fait. — Les chagrins et la fatigue suspendent les mouvements fœtaux pendant quinze jours. — Symptômes de la congestion utérine. — L'écoulement accidentel du lait pendant la grossesse et ses raisons d'être. — Changement spontané d'une présentation de la tête en celle des pieds et *vice versa*. — Sensations de la femme pendant ces changements. — Accouchement à la dixième époque cataméniale. — Les pertes muco-purulentes et leur signification. — Rupture prématurée de la poche des eaux. — Naissance d'un garçon grêle, mais bien portant : c'est un accouchement tardif encore plus qu'un accouchement retardé. — Caillots fibrineux du placenta, caractères qui les distinguent des autres productions. — Les tranchées utérines primitives et secondaires. — Imprudences promptement réparées. — Les symptômes abdominaux dont il faut se préoccuper. — La femme s'est remise. — L'enfant élevé au demi-lait a survécu. — La dépravation et le besoin des parents sont le fléau des enfants; les traitements médicaux mal appliqués ne sont pas moins funestes.

Mademoiselle V. B., depuis son dernier accouchement (v. obs., CLVI), s'était bien portée, ses règles étaient revenues seulement au bout de deux mois et avaient continué de couler régulièrement lorsqu'elles ont paru encore une dernière fois, le 20 mars 1860. Le 20 avril, le sang n'ayant pas reparu, mademoiselle B. mit ce retard sur le compte du chagrin que lui avait causé sa mère, morte le 8 du même mois ; mais c'est tout bonnement parce qu'il y avait une quatrième grossesse en chemin.

Dans les premiers mois de celle-ci, la malade s'est encore mieux portée que dans les grossesses précédentes.

Le 16 août, c'est-à-dire à l'approche de la cinquième épo-

que cataméniale, cette femme éprouve une émotion vive, et à l'instant même, elle ressent les premiers mouvements de son enfant. Depuis l'émotion, ces mouvements n'ont reparu qu'au bout de trois jours pour ne plus discontinuer.

Il est vrai de dire que l'époque de cinq mois était déjà un peu tardive pour la perception des mouvements fœtaux; mais comment se fait-il qu'ils aient paru et disparu avec l'émotion de la mère? Je ne suis pas de ceux qui croient que les mouvements fœtaux sont perçus par les parois abdominales et jamais par les parois utérines. Celles-ci, lorsqu'elles sont malades ou tendues momentanément, font sentir les mouvements quand on s'y attend le moins.

Maintenant, pourquoi le fœtus s'est-il ressenti de la sensation pénible de la mère? serait-ce par transmission nerveuse? Ceci sera nié par les anatomistes purs, qui n'ont jamais trouvé et ne trouveront pas plus à l'avenir des anastomoses nerveuses entre l'utérus et le placenta. Je ne dis pas cependant que ces anastomoses ne puissent pas exister en fait; mais ici, comme dans d'autres cas semblables, on peut expliquer le phénomène par la contraction utérine. En effet, les anatomo-physiologistes, après Bichat, veulent séparer les fonctions du grand sympathique de celles de l'axe cérébro-spinal; mais la nature n'est pas si exclusive, et les sensations du cerveau sont souvent instantanément senties par les organes innervés par le grand sympathique. L'utérus est de ce nombre et se contracte souvent au moment de l'impression morale. La compression subite qu'éprouve le fœtus après cette contraction, fait réagir ce dernier par des mouvements plus vifs et rend l'utérus lui-même plus sensible à ces mouvements. Une fois l'émotion et la contraction passées, le fœtus exécute assurément des mouvements, mais trop faibles pour être perçus. Dans le cas dont il s'agit, l'époque cataméniale, en congestionnant l'utérus, avait préparé cet organe à sentir plus vivement.

Cette grossesse allait à merveille, lorsque le 7 novembre, mademoiselle B. reçoit une lettre qui lui annonce un état grave de l'enfant qu'elle avait mis en nourrice; de plus, on lui fait pressentir que cet enfant ayant donné du mal à d'autres personnes, on demande une indemnité

Cette femme m'ayant consulté sur ce fait, me dit que, peu de mois encore avant cette époque, elle était allée voir son enfant, et qu'elle l'avait trouvé en bon état. Je lui avais conseillé d'envoyer quelqu'un pour le voir et pour causer avec le médecin du lieu; mais cette pauvre femme a voulu y aller elle-même, et à son arrivée, l'enfant était mort. Quant à une maladie contagieuse, il n'en existait pas, on voulait tout bonnement exploiter cette pauvre femme. Ce qui avait donné le change, était que l'enfant ayant eu la diarrhée, le médecin du lieu, que le père de cet enfant avait prévenu dans le cas de symptômes syphilitiques, ce médecin a cru réellement à l'existence de la maladie, et il a donné tant de bains au sublimé, que l'enfant a eu de la stommatite, des hémorrhagies anales, et a succombé assurément au traitement d'une maladie imaginaire.

Au moment même où mademoiselle B. est arrivée devant le cadavre de son enfant, elle a senti celui qu'elle portait dans l'utérus faire un bond, et puis cesser de se mouvoir pendant quinze heures. Au même moment aussi, du sang a paru à la vulve, si bien qu'elle croyait accoucher à sept mois. Ces émotions, et trois heures de voiture dans laquelle elle avait voulu ramener à Paris le cadavre de son enfant, avaient vraiment exténué cette femme.

Dans les trois jours qui ont suivi cette arrivée, la malade, que j'ai vue, a offert les symptômes les plus marqués de la congestion utérine (poids douloureux au bas ventre, et surtout aux aines, envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle, perte blanche abondante et très-dense les seins coulent presque comme si la femme avait accouché; enfin il y a gonflement des jambes), le fœtus fait à peine sentir quelques mouvements actifs. Le cœur bat cependant assez bien. Cet enfant, examiné au palper le 12 novembre, est trouvé en première position du sommet O .J. G. A.

Le repos au lit et le calme moral pendant quelques jours suffirent pour diminuer les souffrances maternelles; cependant l'enfant faisait à peine sentir ses mouvements ; il a été plus actif le 17 et les jours suivants, qui sont une époque cataméniale. Le 20 du mois, j'ai réexaminé l'enfant au palper, et je trouve cette fois la tête en haut et à gauche, le tronc à

droite et les pieds en bas. La mère me dit aussi éprouver dans le bas ventre des douleurs vives à chaque mouvement fœtal, douleurs qui se propagent dans les reins. J'examine de nouveau cet enfant, le 1er et le 2 décembre, sans trouver de changement dans la présentation des pieds; aussi, je me proposais de faire la version céphalique par manœuvres externes, lorsque, le 5 décembre, j'ai trouvé l'enfant situé comme précédemment, en première position du sommet. La malade elle-même m'annonce avant l'examen que son enfant ne se meut plus en bas, mais en haut, et depuis ce moment, l'état local et l'état général se sont améliorés.

D'après la disparition des règles, la neuvième époque cataméniale aurait dû amener l'accouchement du 15 au 20 décembre, mais la chose n'a pas eu lieu. Le 17 de ce mois, cependant, il y a une menace; ainsi, il y a des contractions douloureuses assez marquées; mais le col a encore de la longueur et est à peine entr'ouvert. Aussi, je dis qu'il s'agit d'un faux travail.

Tout s'est suspendu, si ce n'est un écoulement abondant de muco-pus, lequel a continué jusqu'à l'accouchement. Avant d'aller plus loin, on peut se demander à quoi tient cet écoulement : on serait tenté de croire à une métrite ou à une vaginite; mais si cette dernière existe, elle est ordinairement consécutive. Les sources de cet écoulement me paraissent être ici un décollement de l'œuf et la congestion utérine.

Le 15 janvier 1861, sans autre cause que l'approche de la dixième époque cataméniale, la malade voit à neuf heures du soir les eaux couler en abondance; il y a en même temps quelques mouches qui cessent avec cet écoulement. D'autres mouches apparaissent le 16 et sont suivies d'autres écoulements séreux; enfin le vrai travail n'arrive qu'à neuf heures du soir, le 17.

On m'a fait demander à ce même moment, mais j'étais absent pour des visites pressantes, et je suis arrivé seulement à neuf heures et demie auprès de la malade. Pour aller au plus vite, on avait appelé une sage-femme qui habitait la même maison, et celle-ci a reçu l'enfant, qui est venu par le sommet; le travail n'a duré qu'une demi-heure. Au moment

de mon arrivée, le délivre n'ayant pas encore été retiré, j'ai fait la délivrance.

L'enfant est un garçon qui, pour un accouchement à dix mois, n'est même pas gros comme s'il était né à neuf (2.970 grammes).

C'est ici que la dénomination d'accouchement tardif est applicable, plus que celle d'accouchement retardé. Le délivre m'a offert des lésions que j'ai examinées avec soin. Ce sont plusieurs plaques ou noyaux blancs disséminés sur la surface fœtale du placenta. Il n'y en a, ni dans le parenchyme, ni sur la surface utérine de cet organe. A la simple vue, ces plaques ont un aspect blanc mat légèrement jaunâtre, faisant un peu de saillie à leur partie moyenne. Les unes ont un centimètre de diamètre, d'autres en ont jusqu'à deux, et même plus. Quand on divise ces plaques, on trouve une texture uniforme dans tout leur intérieur, si ce n'est quelques-unes dont le noyau est moins dense et parfois réduit à une cavité humectée par de la sérosité. Leur tissu est friable sous les doigts et se divise facilement en lamelles concentriques. Ces plaques se sont fait place sous le chorion, dans le parenchyme placentaire, sans altérer les tissus qui les environnent. Ce sont évidemment des caillots fibrineux décolorés qui n'ont rien d'analogue avec l'épaississement partiel ou général de la caduque, qu'on observe surtout sur les bords du placenta, ni avec la dégénérescence fibro-graisseuse des cotylédons, résultat de l'oblitération des vaisseaux par une placentite ou autre cause.

Ces hémorrhagies sont en rapport avec la cause et les symptômes observés pendant la grossesse ; de plus, elles expliquent la faiblesse de l'enfant pour une grossesse prolongée.

Comme des tranchées s'étaient établies peu d'instants après la délivrance, et que ces tranchées se propageaient jusque dans les cuisses et le dos, je n'ai pas ordonné de seigle. Je me suis contenté d'appliquer un bandage de corps sur le ventre de la femme.

Le 18. les tranchées ont cessé, la malade est sans fièvre. Café au lait sans pain, bouillon. Tout paraissait bien aller, lorsqu'à neuf heures du soir (douze heures après l'accou-

chement), des tranchées surviennent et se font presque aussi fortes que les douleurs du travail. Un quart de lavement avec 12 gouttes de laudanum suffit pour les calmer.

Le 19, la malade est bien, pas de fièvre; elle commence à présenter le sein; jusque-là, l'enfant avait bu du lait coupé. Cette fois, les tranchées ne viennent pas à neuf heures, mais à onze heures du soir. Il faut dire aussi que, loin de s'en tenir aux prescriptions, la malade avait pris du pain sec et de la viande, elle avait bu du vin pur, et peut-être a-t-elle fait d'autres extravagances.

Les douleurs se faisant de plus en plus fortes, malgré un quart de lavement laudanisé qu'on avait administré, on est venu me quérir à minuit, et voici l'état où j'ai trouvé la malade : Angoisses et agitation; on ne peut pas toucher au ventre tant il est douloureux; cependant il n'y a eu ni frisson, ni céphalalgie; la peau est fraîche et le pouls à 90. Les douleurs qu'éprouve la femme sont continues plutôt que remittentes comme les tranchées, seulement il y a un redoublement pendant lequel la douleur se propage dans les jambes et les bras.

On aurait été tenté de croire à une péritonite sur-aiguë; mais en y regardant de près, il était possible de reconnaître une indigestion ayant rendu l'attaque des tranchées plus vive : aussi j'ai commencé par donner une tasse de tilleul avec 12 gouttes de laudanum, et une demi-heure après, une autre tasse avec 8 gouttes du même liquide. Ces moyens, suivis d'un lavement simple, qui a donné quelques matières, ont fait merveille, et à deux heures après minuit, j'ai quitté la malade; elle était déjà calme, le ventre lui-même n'était plus ni dur, ni bien douloureux à la pression.

Le 20, au matin, je trouve la malade sans fièvre et le ventre assez souple; mais pour empêcher le retour de ces tranchées secondaires, je fais commencer à midi l'administration d'une potion gommeuse de 100 grammes, où je fais mettre un gramme de sulfate de quinine; quelques réminiscences de tranchées se manifestent encore dans le cours de la journée, mais en dehors des heures habituelles, et sont notablement moindres.

Le 21, j'ai fait commencer la potion dès le matin, et rien

n'est plus arrivé. Depuis ce moment, la femme a été convalescente. Elle a continué à donner le sein pendant le jour, le biberon pendant la nuit, et son enfant vit encore en ce moment.

Au moment où je reprends cette observation (août 1864), je reconnais que cette femme a élevé ses enfants tant que le père lui est venu en aide. Dans les premières grossesses, au contraire, elle était malheureuse et avortait toujours. Dernièrement encore, elle était grosse, et ces jours-ci, elle m'a consulté pour une fausse couche ; c'est que le père de ce dernier enfant a abandonné cette femme. La conclusion est que le besoin, encore plus que la débauche, est cause à Paris de tant d'avortements.

OBSERVATION CCXV.

Primipare, quoique âgée de 27 ans. — Fécondation après trois ans de mariage, causes probables de ce retard. — La grossesse est le plus souvent heureuse chez les femmes lymphatiques. — Accouchement à la demi-époque entre le neuvième et le dixième mois. — La position verticale accélérant les contractions utérines bien plus que l'horizontale. — Perte de sang considérable après l'accouchement. — Erreur de quelques idées reçues, conséquences funestes. — Décomposition des caillots sanguins contenus dans l'utérus.—Résorption putride, ses signes.—Cette résorption n'est que la soi-disant fièvre puerpérale, comment la prévenir? — Symptômes généraux graves avec peu de symptômes locaux. — Amendement par le sulfate de quinine précédé de l'ipéca stibié. — Théorie de l'action du vomitif et du sulfate pour combattre cette fièvre. — Recrudescence causée par un purgatif — Quels sont les laxatifs qu'on doit préférer chez les femmes en couche. — Cas où on peut donner l'extrait de quinquina à la place du sulfate de quinine. — La malade finit par se remettre.

Madame L., native de Paris, habitant rue Monsieur-le-Prince, femme d'intérieur, âgée de 27 ans, de taille moyenne et d'un tempérament lymphatique : elle n'a cependant jamais eu de maladie grave, si ce n'est la variole.

Réglée à 13 ans, pendant qu'elle habitait la campagne, elle a continué de voir tous les mois, pendant cinq jours, et toujours en avançant de quelques jours, ce qui était certainement pour elle une cause d'affaiblissement.

Mariée en 1857 à un homme âgé de 64 ans, elle a passé trois ans sans se voir enceinte, quoiqu'elle se fût cependant assez bien trouvée du mariage. En effet, l'état conjugal relève assez souvent la constitution lymphatique chez les femmes. C'est peut-être à cette constitution autant qu'à l'âge du mari qu'il faut attribuer le retard de la fécondation.

Ce ménage n'espérait pas avoir d'enfants, lorsque les règles ont coulé, pour la dernière fois, du 1er au 5 avril 1860. Depuis ce moment, madame L. a eu quelques tiraillements d'estomac, que son médecin traitant, M. Picard, a bientôt apaisés avec une potion calmante; pas de vomissements ni autres malaises, comme cela a lieu souvent, du reste, chez les femmes antérieurement affaiblies et lymphatiques. La grossesse s'est passée parfaitement. La neuvième époque cataméniale aurait dû apporter l'accouchement du 1er au 5 janvier 1861. Mais cette époque a été dépassée, et il n'est arrivé que le quinze de ce mois, c'est-à-dire à la demi-époque entre le neuvième et le dixième mois.

Les mouches ont commencé dans la matinée du 15 et sont allées en se renforçant. On a appelé M. Picard à 10 heures du soir. Le travail s'est avancé, et à une heure après minuit la dilatation étant presque complète, ce médecin a percé la poche des eaux. Jusqu'ici, la femme était restée debout et marchait; mais comme la tête de l'enfant s'avançait rapidement en position O. J. G. A., on l'a couchée, et ceci a fait ralentir les contractions. Pour les faire reparaître, il a fallu faire encore lever et marcher la malade. L'accouchement s'est fait spontanément, à deux heures et demie après minuit, le 16.

L'enfant est un garçon bien portant. La délivrance a été faite assez facilement moyennant de légères tractions sur le cordon, mais derrière le placenta est sortie une quantité considérable de sang, partie coagulé, partie liquide.

M. Picard, après avoir fait remettre la malade au lit, est resté une heure auprès d'elle, et ne voyant rien arriver de bien marquant, il s'est retiré; mais depuis son départ, le sang a coulé au point qu'il y a eu des syncopes, et enfin l'hémorrhagie s'est arrêtée spontanément après quelques tranchées utérines.

Avant d'aller plus loin, il est bon de remarquer ici que M. Picard a suivi de point en point les idées consignées dans tous les livres, et généralement pratiquées, mais qui conduisent cependant aux mauvais résultats que nous allons constater dans un instant. Ainsi il se faisait ici une hémorrhagie interne avant la délivrance sans que rien en indiquât l'apparition. Après la sortie de l'enfant il s'est fait une autre

hémorrhagie qui, après avoir distendu l'utérus et le vagin, a fini par paraître à l'extérieur. Si on venait plus souvent en aide aux femmes, surtout lorsqu'elles sont d'une constitution délicate, lymphatique ; si on venait plus souvent en aide à l'utérus en abrégeant le travail d'abord, en forçant ensuite cet organe, par l'administration de l'ergot de seigle, à se resserrer aussitôt la sortie de l'enfant, cela n'arriverait pas ; mais suivons notre observation.

Le 16, dans l'après-midi, M. Picard voit la malade et la trouve fatiguée : peau chaude, pouls ayant plus de 100 pulsations ; il y a encore des tranchées. Le 17, la fièvre augmente sans que les tranchées diminuent. Le 18, le pouls est à 120, la femme est encore plus fatiguée. Il n'y a encore rien du côté des seins ; au reste, l'enfant est envoyé à une nourrice de la campagne Le ventre, sans être bien douloureux, est un peu tendu, et le soir la femme rend un énorme caillot très-fétide. Au moment de la sortie de ce caillot, les tranchées étaient devenues assez fortes pour se prolonger jusque dans les membres, mais elles ont cessé après cet instant, preuve évidente qu'elles étaient nécessitées par la présence du corps étranger.

La sortie de ce caillot n'a pas fait diminuer la fièvre; tout au contraire, il y a des frissons dans la journée même du 18, le pouls dépasse 120, il y a des vertiges, les traits s'altèrent et le ventre se fait plus sensible. M. Picard fait administrer une tisane émolliente, fait appliquer des cataplasmes sur le ventre, et comme tout cela n'apporte pas de soulagement, il me fait appeler en consultation le 19 à 8 heures du matin.

D'après les précédents, tout me démontre une résorption putride généralisée, et un des signes auxquels on n'a pas fait attention, est que l'haleine de cette femme est presque aussi fétide que les lochies. Le ventre, pourtant, n'est pas encore le siége d'inflammation bien marquée ; il est empâté et un peu endolori; mais ce qui offre le plus d'altération, ce sont les traits de la face et le pouls, qui est à 130. L'utérus paraît en ce moment assez rétracté, il est à peine un peu plus sensible qu'à l'état normal.

Je propose l'ipéca stibié *illico*, et, dans l'après-midi, une

potion de 100 grammes, où l'on mettra 1 gramme de sulfate de quinine à prendre par cuillerées, une toutes les deux heures; douches vaginales; bouillon, eau rougie.

Les vomissements fatiguent un peu la malade, mais après l'usage du sulfate, elle est mieux, si bien que le soir sa tête n'est plus étourdie, ses traits sont moins altérés, la respiration n'est plus suspireuse. Le pouls, cependant, est encore à 120. Une chose qui est pour moi de bon augure, c'est que l'utérus, depuis le matin, a baissé d'un doigt, preuve évidente qu'il s'est rétracté sous l'action des médicaments employés. Les nuits précédentes, qui se passaient dans les rêvasseries, ont été remplacées cette nuit-ci par du calme.

Le 20, le pouls est à 84, et l'état général mieux qu'hier; le ventre, cependant, est encore endolori. Nous laissons continuer les mêmes prescriptions en faisant donner les cuillerées à trois heures d'intervalle. On augmente l'eau rougie, on donne des consommés et des potages très-clairs. A peine si dans l'après-midi et la nuit il y a un peu de recrudescence fébrile et quelques bourdonnements d'oreilles.

Le 21, le pouls retombe à 84, le ventre est plus souple, et décidément il n'y a pas de péritonite. Les seins commencent à gonfler. Comme la malade n'est pas encore allée à la selle, si ce n'est pour faire peu de chose avec les lavements, nous ordonnons un laxatif. J'avais proposé 15 grammes d'huile de ricin ou 25 à 30 centigrammes de scammonée, mais M. Picard ayant déjà fait préparer une limonade magnésienne qu'on n'avait pas administrée, on l'a donnée à la malade.

Cette purge a produit d'abord des selles multipliées, qui ont duré la journée et la nuit; mais ce qu'il y a eu de plus mauvais, c'est que le ventre est devenu aussitôt tendu et douloureux, le pouls lui-même est remonté à 100. Les traits se sont altérés de nouveau, et la respiration est devenue si anxieuse qu'on a été obligé de tenir la fenêtre ouverte. La nuit s'est passée dans les rêvasseries.

Croyant que le bien-être du 21 allait continuer, je n'ai pas vu la malade le 22 de bonne heure, et M. Picard a administré une potion calmante en même temps qu'il a fait mettre un large vésicatoire sur le ventre. Le soir, nous voyons la ma-

lade ensemble, et nous trouvons nécessairement une exaspération produite par le purgatif. Le sang, qui avait cessé de couler a reparu, et la malade a rendu même un caillot non putréfié qui date du jour ; le pouls est encore à 100, mais le ventre paraît être moins douloureux que le matin. L'hémorrhagie a peut-être dégorgé l'utérus.

Ce fait ne me surprend pas, attendu l'expérience que j'ai faite sur le choix des purgatifs à employer chez les femmes accouchées. Ainsi les sels, si faibles qu'ils soient, sont dangereux par l'excitation qu'ils réveillent. L'huile de ricin, à la dose de 15 à 20 grammes, administrée dans du café au lait ou du bouillon, est le meilleur laxatif. Sinon, un paquet de scammonée de 25 à 30 centigrammes, qu'on répète au besoin.

Ici, comme le sulfate de quinine avait produit quelques bourdonnements d'oreilles incommodes, et que, d'un autre côté, il fallait relever les forces de la malade, nous avons ordonné une potion avec six grammes extrait de quinquina et dix gouttes de laudanum, à prendre par cuillerée à café toutes les deux heures. En cas de tolérance, une cuillerée à bouche. Cataplasmes sur le ventre. Bouillon, eau rougie. La nuit est passable.

Le 23, au matin, le pouls est encore à 94, mais l'état général, et surtout l'état du ventre, sont meilleurs. On répète les prescriptions, et comme l'appétit commence à se montrer, on donne du tapioca et un peu de vin de Bordeaux avec deux tiers d'eau. Le reste de la journée est passable, et le soir le pouls monte à peine à 100.

Le 24, au matin, la maladie est jugée. Le pouls est encore à 88, mais la physionomie est calme et le ventre souple. On augmente le régime.

Le 25 et les jours suivants, la malade va de mieux en mieux, et M. Picard, qui a continué la cure, n'a eu plus à employer que des moyens hygiéniques.

Réflexions. Si déjà mes idées n'étaient pas arrêtées sur la nature des accidents puerpéraux qu'on appelle la *fièvre puerpérale*, ce cas suffirait à les éclaircir. Voilà du sang qui s'est décomposé dans l'utérus, et les produits absorbés par les sinus veineux ont porté dans toute la masse sanguine le poison qui a été cause de tous les accidents. Si on avait em-

pêché les caillots de se former ou de se pourrir, la chose n'aurait donc pas eu lieu.

Mais lorsque l'absorption putride est déjà effectuée, que faut-il faire ? 1° Il faut vite faire tarir la source de l'empoisonnement; 2° neutraliser ou détruire la matière qui est déjà en circulation ; 3° parer aux accidents.

L'ipéca stibié a précisément la faculté, non-seulement de provoquer des efforts, mais de faire contracter l'utérus et les vaisseaux qui pourraient être relâchés. Le vomissement est une chose secondaire, et n'aurait-il pas lieu, que l'ipéca stibié n'en est pas moins utile. La douche utérine, tout en lavant les organes, excite aussi l'utérus à se contracter. Quant à neutraliser la substance résorbée, on le fait par l'alimentation, les amers et les alcooliques, qui arrêtent la décomposition putride; or, qu'est-ce qu'il y a de plus amer que le sulfate de quinine?

Les accidents de ces résorptions sont primitifs, tels que les symptômes de l'empoisonnement qui se corrigent par les moyens précédents; ou secondaires, tels que l'inflammation des veines parcourues par le poison, les abcès métastatiques, les phlegmons, la péritonite. Tout cela a heureusement manqué ici. Les partisans de la fièvre puerpérale essentielle peuvent trouver dans le cas que je viens de décrire des arguments contre ceux qui croient la fièvre puerpérale une péritonite, une métrite, une phlébite, une infection purulente, etc. Mais tous, à mon avis, ont tort. Nous avons eu ici une infection putride, généralisée avec peu ou pas de phénomènes consécutifs inflammatoires. Si le purgatif nous a exposés en dernier lieu à cet accident, l'hémorrhagie secondaire a été peut-être un moyen salutaire. La résorption putride, du reste, peut être par elle-même assez grave pour tuer les malades avant qu'il survienne d'inflammations.

OBSERVATION CCXVI.

Primipare. — Influence des parents sur le sexe et la santé des enfants. — Fausse-couche presque sans cause appréciable. — Deuxième grossesse arrivée à terme malgré les accidents. — Symptômes qui dénotent une maladie du fœtus. — Confusion facile de ces symptômes avec ceux de l'utérus malade. — Jusqu'où porte la crainte et la volonté de la femme. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Travail prompt. — On peut donner un bal dans les appartements d'une nouvelle accouchée. — Pré-

cautions ridicules ; en quoi il faut faire consister les véritables précautions. — Garçon né dans un état de santé apparente, mais qui a bientôt offert une méningite mortelle. — Accès intermittents simulant parfaitement les fièvres des marais. — La mère se remet sans aucuns symptômes fébriles, mais sans avoir eu de sécrétions laiteuses. — Tiraillement des aines et des lombes pendant la marche. — Ce tiraillement a disparu promptement par le retour du sang et l'administration de l'iodure de potassium. — Mode d'action des préparations iodées dans les maladies de l'utérus et les maladies de la grossesse.

Mme F., native de Lille (Nord), qu'elle a quitté de bonne heure pour habiter Paris avec sa famille, est une femme d'intérieur, fort instruite, âgée de 19 ans, d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, d'un tempérament nerveux et d'une constitution sèche, délicate, n'ayant jamais eu d'autre maladie que la chlorose. Sa mère est douée d'une santé forte et d'un caractère si mâle que j'en ai vu peu dans son genre. Son père, au contraire, est mort d'assez bonne heure à la suite d'une phthisie laryngée, après avoir eu, cependant, quatre filles. Mme F., qui est l'aînée, est la plus délicate de toutes, mais elle ressemble à son père beaucoup plus que ses sœurs. Elle est née cependant lorsqu'il était encore en parfaite santé, ce qui n'a pas eu lieu pour les autres. On dit dans le vulgaire que les ressemblances se croisent dans les sexes, c'est ce qui a eu lieu ici, mais on peut remarquer aussi que la femme étant plus forte que l'homme, il y a eu quatre filles et pas un garçon.

La menstruation n'a commencé qu'à l'âge de 16 ans et a langui depuis, de sorte qu'il a fallu recourir souvent aux ferrugineux, aux bains de mer, aux bains thermaux, etc. Mariée en 1859, cette dame a dû suivre son mari, qui a un fort emploi dans un département voisin, et où, à dire vrai, elle ne trouve pas toutes les satisfactions physiques, morales et intellectuelles qu'elle avait à Paris.

Devenue enceinte dès les premiers mois de son mariage, Mme F. a avorté au bout de trois mois sans pouvoir indiquer d'autres causes qu'un court voyage en voiture.

Remise de sa fausse couche, elle avait bien revu ses règles, lorsqu'elles ont apparu, pour une dernière fois, du 4 au 6 avril (1860). C'était le commencement d'une deuxième grossesse.

Dans le cours de celle-ci, il n'y a pas eu d'indisposition

bien marquée, même pendant les premiers mois, ce qui, du reste, arrive assez souvent chez les femmes qui étaient antérieurement chlorotiques; mais, au sixième mois, elle éprouva un accident de voiture, et eut ensuite de forts chagrins qui lui firent craindre une seconde fausse couche. Il n'en a été rien cependant, mais dans le dernier mois, il s'est manifesté des symptômes que nous allons indiquer.

Mme F., du reste, voulant faire ses couches à Paris dans la maison de sa mère, s'y est rendue au neuvième mois, et c'est là que je l'ai vue pour la première fois, le 14 décembre.

M. le docteur Montargis, son médecin ordinaire, assistait à cette visite, ainsi que la mère elle-même; toute sorte de crainte, par conséquent, devait disparaître. Après avoir causé pendant quelques instants avec cette dame et m'être enquis des précédents, je lui demandai si elle ne voudrait pas me permettre de lui palper le ventre par-dessus la chemise. Cette seule proposition suffit pour l'émouvoir au point qu'elle éclata en sanglots et eut des mouvements spasmodiques de tous les membres.

Je trouvai la matrice distendue et le diagnostic de la présentation de l'enfant (O. J. G. A.) fut à peine possible; mais comme l'émotion pouvait avoir fait contracter l'organe gestateur, je ne m'y arrêtai pas. J'attribuai aussi à la tension passagère la douleur qu'accusa la malade sous la pression la plus faible.

Les jours suivants, mon opinion changea complétement, car le moral étant rassuré et l'abdomen se faisant douloureux, j'ai dû m'assurer à plusieurs reprises que la tension utérine était permanente; de plus, la malade me dit qu'elle reste quelquefois pendant plusieurs jours sans sentir remuer son enfant. Je pratique l'auscultation et je sens cependant le cœur fœtal battre; mais déjà j'ai assez de raisons pour dire à la mère de la dame que je ne suis pas rassuré sur la santé de l'enfant. Je répéterai ici ce que j'ai dit ailleurs, c'est-à-dire que le fœtus use les eaux ammotiques en les buvant, sans doute, et toutes les fois que ces eaux sont en trop grande abondance, il y a tout lieu de craindre que le fœtus ne les avale pas parce qu'il est malade. D'autres symptômes sont arrivés les jours suivants, mais ces symptômes peuvent

se confondre souvent avec le rhumatisme utérin ou avec la métrite, la placentite, etc. C'étaient de petits accès fébriles arrivant toutes les après-midi.

Je combats ces accès avec trois pilules par jour, administrées avant l'accès et composées chacune avec 10 centigr. sulfate de quinine et 20 centigr. pâte de cynoclosse ; de plus, je fais mettre au moment de l'accès des sinapismes aux bras pour neutraliser la congestion utérine ; enfin, je fais enduire le ventre avec du baume tranquille et le fais couvrir d'une flanelle.

Ces moyens ont arrêté les redoublements fébriles au bout de deux jours, mais la tension utérine a persisté. Tout allant bien, nous avons pu attendre la neuvième époque cataméniale, qui correspondait entre le 4 et le 8 janvier 1861, et que j'avais déjà annoncée à la famille.

En effet, le 4 à minuit et demi, Mme F. est réveillée par de petites mouches, mais comme dans les jours précédents il y avait eu une petite menace de travail, elle a pensé qu'il en serait de même, et n'a cru au travail que lorsqu'elle s'est sentie mouillée par des mucosités sanguinolentes.

A quatre heures, elle s'est levée pour commencer les préparatifs de l'accouchement, et, à six heures, on m'a appelé auprès d'elle.

Les contractions sont à la période de six minutes, le col est complétement dilaté, et la tête de l'enfant est dans l'excavation. J'ai aussitôt fait coucher la malade ; à six heures 1/4 je perce la poche, et bientôt la tête arrive à la vulve. Je n'ai eu qu'à faire la flexion et l'extension artificielles pour ménager l'orifice vulvaire, et la tête est sortie au dehors. Pour éviter les déchirures qui ont lieu quelquefois au moment du passage des épaules lorsquelles sont poussées avec beaucoup de force, je suis allé accrocher l'aisselle gauche que j'ai portée en arrière, et, en suivant un mouvement de spirale, ai fait sortir le tronc pendant l'absence de la contraction. Tout ceci s'est passé en présence de la mère, du mari et d'une religieuse qui servait de garde, mais qui n'ont rien vu, parce que je n'avais jamais découvert la malade. J'ai tiré l'enfant de dessous les couvertures comme si je le retirais de son lit. (Il est sept heures et demie.)

C'est un garçon de moyenne grandeur et qui, par ses cris, sa respiration et son bon état, semble démentir mes prévisions. J'étais heureux de m'être trompé, et la famille, certes, ne m'en faisait pas le reproche; cependant j'ai remarqué que cet enfant, pour être resté si peu au passage, avait une tête fortement allongée et un peu volumineuse.

La délivrance se faisait un peu attendre, et à 7 heures 3/4, j'ai dû exercer des tractions assez prononcées, qui ont enfin amené le tout. Placenta sain : ceinture sur le ventre, un demi-gramme de seigle ergoté qu'on répète à 10 heures.

Le reste de la journée est excellent pour la mère; l'enfant prend du lait coupé. Le 5, la mère va à merveille; pas l'ombre de fièvre ; l'utérus est bien rétracté. Comme elle n'a pas encore de lait dans les seins, on continue le lait coupé à l'enfant. Même état dans la journée du 6, et mêmes prescriptions; mais le soir, il fallait décider si une grande soirée aurait lieu ou non dans les appartements où se trouvait la malade.

Si cette soirée n'avait pas été préparée et les invitations faites avant l'accouchement, je m'y serais opposé, au reste, la famille n'y aurait pas pensé; mais tout étant préparé, fallait-il contremander? J'ai consulté là-dessus la malade, parce que je ne voulais pas la contrarier; et comme elle m'a dit que la chose lui était plutôt agréable, j'ai consenti à ce qu'on dansât et qu'on s'amusât, pourvu qu'on la laissât tranquille dans sa chambre. La chose a eu lieu, et aucun accident n'en est résulté, malgré les craintes d'une foule de personnes qui connaissaient le fait.

A ce propos, je dirai quelques mots sur des craintes qu'on pourrait appeler ridicules si elles n'étaient pas dangereuses : c'est immédiatement après l'accouchement, de mettre la femme dans l'obscurité, couchée sur le dos, avec défense de parler ou de tirer les bras de dessous les couvertures. Elle doit rester immobile et demander à voix basse ce dont elle a besoin. Personne que la garde n'entre dans la chambre, et encore ne marche-t-elle que sur la pointe des pieds; on met des chiffons dans les sonnettes pour éviter le bruit de la porte d'entrée; on ne donne que de la tisane ou à peine un peu de bouillon, et cela pendant trois ou quatre jours au moins, en attendant, comme on dit, que la fièvre de lait

soit passée : aussi, quelle n'est pas la surprise, l'effroi même des familles où je fais un premier accouchement et où j'ouvre largement les croisées ; je donne à manger à la femme et lui permets de parler et de se tourner à volonté le jour même de l'accouchement ; à plus forte raison après!

En effet, c'est pendant le travail qu'il faut prendre des précautions pour ne pas laisser la femme et l'utérus s'épuiser en souffrances ; il faut donner du seigle pour faire fermer l'utérus le plus vite possible, et après cela des aliments légers et de l'air pur.

Notre malade allait de mieux en mieux ; mais comme le lait n'arrivait pas dans les seins, et qu'en appliquant la ventouse sur les mamelons, on n'en faisait sortir qu'un peu d'eau, ou même du sang, je propose de ne plus laisser cet enfant au lait coupé, et de lui donner une nourrice le 12 ; ce qui a été fait.

Le 11, j'avais ordonné à madame F... un laxatif (25 centigr. scammonée) ; mais il n'y a pas eu de selles, et le 12, il a fallu administrer une infusion de séné avec de la manne, qui cette fois a agi assez bien.

Nous mettions sur le compte du lait coupé la détérioration qu'offrait l'enfant ; mais le sein de la nourrice ne l'a pas relevé. Cet enfant tette peu, dort souvent et ne pleure presque jamais, ce qui rassure la famille, et au contraire me préoccupe. Je donne des ordres pour qu'on surveille cet enfant, afin de savoir si, dans le cours des 24 heures, il ne pâlit et devient bleu, s'il ne devient rouge ; et, en effet, nous finissons par découvrir un accès périodique qui arrive à trois heures de l'après-midi. A quoi pouvait tenir cet accès sur un sujet aussi jeune ? Aucun organe, en apparence, n'était malade, si ce n'est la tête, à moins qu'on ne pût rattacher ces accès à ceux de la mère, et dire qu'ils provenaient d'une influence miasmatique.

Dans le doute, j'ai fait appeler M. Bouchut en consultation, et il a opiné pour une fièvre d'accès ; aussi nous avons ordonné des frictions quiniques sur le pli des membres, et de petits lavements avec le même sel ; enfin M. Bouchut ayant expérimenté la quinine brute, qui n'a pas de goût, nous en

avons ordonné un demi-gramme en 5 paquets, à prendre chacun dans du sirop de quinquina.

Ces moyens ont paru troubler les accès les jours suivants; mais l'enfant n'en était que plus malade; l'assoupissement augmente; enfin les vomissements, le cri encéphalique et la stase de la circulation cutanée dénotent de plus en plus la méningite tuberculeuse.

Il est inutile de répéter ici la liste des moyens que j'ai essayés à l'extérieur et à l'intérieur, mais sans succès réel. Il m'est arrivé de trouver cet enfant presque sans respiration; et par le bain sinapisé, les frictions et la respiration artificielle, je le faisais revenir à la vie. Il avalait le lait qu'on lui mettait dans la bouche, mais cela, pour 12 ou 24 heures seulement, et enfin il est mort le 3 février.

La mère avait fini par se lever sans avoir eu une seconde de fièvre; mais en marchant, elle se trouvait gênée par un tiraillement des aines et des lombes qui la faisait aller courbée.

M'ayant consulté sur ce fait, et ayant trouvé au palper l'utérus un peu gros, je me suis demandé si ces douleurs ne seraient pas causées par le poids de l'utérus qui tirerait sur les ligaments; aussi je conseille l'usage de l'iodure de potassium. Soit l'iodure, soit le retour du sang qui a eu lieu au bout de quatre jours (2 à 8 mars), le fait est que madame F... a été débarrassée de sa douleur, et s'est toujours bien portée depuis.

Réflexions. Je crois avoir dit ailleurs comment j'entends l'action des préparations iodées ; mais il n'est pas inutile de le répéter dans un cas où rien ne semblerait en justifier l'emploi. Pour moi l'iode est un excitant, un régulateur lent de la circulation dans les organes innervés, surtout par le grand sympathique. Sous son action, les vaisseaux se contractent là où ils étaient relâchés, et c'est ainsi qu'une tumeur, un organe hypertrophié, diminuent de volume.

L'utérus, à l'état de gestation ou à l'état de maladie, est précisément semblable à une tumeur anormale, et le resserrement de ses vaisseaux produit l'effet qu'il exerce sur ces tumeurs, il en diminue les dimensions.

OBSERVATION CCXVII.

Multipare. — Malaises nuls dans les premiers mois de la grossesse; prononcés dans les derniers. — Bizarreries du goût, variant suivant les grossesses sur la même personne. — Varices sur un seul membre et à la vulve très-prononcées, leurs causes, leur traitement. — Parallèle de ces varices avec les hémorrhoïdes. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Quand le médecin peut-il s'absenter, sans inconvénient, pendant le travail? — Une varice du col utérin. — Ce que peuvent les petites manœuvres pour abréger le travail. — Naissance d'un garçon bien portant. — Rétablissement de la mère sans fièvre. — Symptômes de réparation de la plaie utérine. — Douleurs sans autres accidents dans les varices. — C'est un accouchement physiologique artificiel. — La méthode expectante et l'intervention préventive en accouchements.

Madame G..., depuis son dernier accouchement (v. obs. CXXIX), s'est bien portée; sa fille, nourrie à la campagne, au sein, est bien venue.

Les premiers mois de la nouvelle grossesse dont il s'agit en ce moment, se sont passés sans aucun malaise; c'est seulement du cinquième au neuvième qu'il y a eu tous les matins des nausées et des vomissements glaireux, ce qui était le contraire dans les gestations antérieures. Ceci, cependant, n'empêchait pas la malade de se bien nourrir. Seulement, elle avait du dégoût pour le café, qu'elle aime pourtant beaucoup d'habitude.

La cause des malaises des premiers mois me paraît tenir à l'espèce de gêne et de souffrance où est l'utérus dans le petit bassin, et où il ne peut répondre à la congestion. D'un autre côté, si l'appel est le même pour le sang, la consommation est moindre, l'œuf étant encore petit pour l'absorber. Cette explication, cependant, n'est guère applicable dans le cas actuel, pas plus qu'on ne peut expliquer la bizarrerie du goût que je viens de noter; mais, d'un autre côté, on ne peut pas dire non plus que ces phénomènes nerveux ne soient le retentissement d'une souffrance utérine.

Dans cette grossesse comme dans la précédente, madame G... a eu des varices. La première grossesse a été le moment de leur apparition; mais il faut dire aussi que son état de cuisinière l'y prédispose. Une chose plus difficile à expliquer, est que le membre abdominal gauche et la vulve sont le seul siége des distensions veineusès, et dans cette grossesse, la dilatation a paru même dès le premier mois, pour aller en augmentant jusqu'au troisième. A cinq mois,

les varices étaient accompagnées d'infiltration séreuse du pied gauche, et comme elles rendaient la station et la marche pénibles, madame G... est venue me consulter.

J'ai trouvé, en effet, les veines du membre tellement distendues, qu'elles menaçaient de se rompre d'un instant à l'autre ; aussi ai-je conseillé à la malade de renoncer à l'état de cuisinière et de se tenir couchée en attendant le milieu de la grossesse. Je lui ai donné à espérer qu'après cette époque les varices seraient moindres à cause de l'élévation de l'utérus au-dessus du détroit supérieur, et c'est ce qui a eu lieu. Dès le sixième mois, les varices ont diminué et ont continué à le faire jusqu'à terme, sans cependant jamais disparaître complétement. Les varices de la vulve ont proportionnellement conservé plus de volume, surtout à gauche.

La présence des varices sur une jambe et pas sur l'autre, pourrait tenir à un défaut d'activité de la part des nerfs qui président à la tonicité et à la contraction veineuse. Mais il faut dire aussi que les veines iliaques du côté gauche sont plus sujettes à être comprimées que celles du côté droit où les artères correspondantes servent en quelque sorte à les protéger pendant les premiers temps de la grossesse. Lorsque, au contraire, l'utérus est tout à fait dans le grand bassin, et qu'il incline à droite, c'est sur les veines iliaques droites qu'il pèse le plus. Une chose encore importante ici est qu'à la grossesse précédente il y avait eu des hémorrhoïdes très-volumineuses avec écoulement de sang. Rien de semblable à celle-ci, et pour cause : c'est que la tête du fœtus s'était alors engagée de bonne heure dans l'excavation et y avait séjourné. Dans celle-ci, la tête se tient au-dessus du détroit supérieur. L'enfant, examiné au palper pendant le neuvième mois, est trouvé en première position. (O. I. G. A.)

La neuvième époque cataméniale correspondait du 23 au 26 janvier 1861, et dans ces jours, il y a menace à chaque instant; mais le travail définitif ne commence que dans la matinée du 28.

Mme G. vient à ma maison d'accouchement à sept heures et demie du matin, et, par le toucher vaginal, je trouve le col utérin effacé avec une dilatation de deux centimètres;

poche intacte, la tête est encore au-dessus du détroit supérieur et les contractions utérines sont assez rares.

Comme j'avais des visites pressantes de malades à faire, j'en ai profité, sachant par les signes précédents que le travail ne se terminerait pas avant mon retour. J'ai seulement recommandé de compter le nombre de douleurs qu'elle aurait, et à ma rentrée (10 heures), elle en avait eu 12.

Je trouve cette fois que la dilatation est presque complète. Je perce la poche par éraillement, car elle est si flasque devant la tête, qu'elle ne se tend même pas pendant la contraction.

Le travail s'avance, et comme je le facilite en relevant la lèvre antérieure du col, je m'aperçois qu'il y a sur cette partie une tumeur fluctuante grosse comme une noisette, mais de forme pyramidale. C'est évidemment une varice comme j'en ai constaté sur le même sujet au dernier accouchement. J'ai tâché, comme on le pense, de ménager cette veine dilatée et la rupture n'a pas eu lieu. La tête descend petit à petit dans l'excavation, la rotation s'opère et l'occiput paraît sous l'arcade. Je fais ici d'une part l'abaissement du plancher pour faciliter l'engagement, et lorsque la tête entr'ouvre la vulve, je la fais sortir par la flexion et l'extension artificielle. La tête sortie, je vais saisir l'aisselle, je fais la rotation des épaules et extrais l'enfant (11 heures).

C'est un garçon de moyen volume (3,260 gr.), mais vivace. Le délivre a été extrait peu de minutes après à l'aide de petites tractions, et il est sain. La malade a pris trois paquets d'un demi-gramme chaque d'ergot de seigle sans avoir de tranchées. Ceinture sur le ventre.

Le reste de la journée est bien pour la mère. Potages. L'enfant prend du lait coupé.

Le 29, la malade est on ne peut mieux. Pas l'ombre de fièvre ; l'utérus, rétracté, est déjà à quatre doigts sous le nombril, chose rare. Potages.

Le 30, pas de fièvre non plus, mais il y a quelques tranchées secondaires, quoiqu'il n'y ait encore rien du côté des seins, et l'utérus est un peu plus sensible à la pression, preuve évidente qu'il est en travail de réparation. Heureusement qu'ici ce travail ne provoque pas de réaction. Je laisse

présenter un peu le sein à l'enfant, non parce qu'il y a du liquide, mais pour stimuler les glandes pendant quelques instants; à part cela, l'enfant continue à être nourri au lait coupé.

Le 31, comme il n'y a pas de fièvre, la femme se lève malgré ma défense et continue à donner le sein, qui, cette fois, est un peu plus tendu.

Le 1er février, tout continue de bien aller. Le mari de la malade ne veut pas qu'elle allaite, et l'enfant est envoyé à la campagne pour être élevé au sein d'une nourrice.

Dans la nuit du 1er au 2 février, madame G. se plaint de douleurs dans le membre gauche, et là précisément où sont les paquets variqueux les plus prononcés. Le matin du 2, j'examine le membre pour savoir s'il n'y aurait pas des embolies ou une phlébite, et je ne trouve rien. A peine même s'il reste quelques nodosités apparentes et élastiques sous la pression. L'utérus est déjà si petit qu'on peut le trouver à peine avec la palpation profonde.

Les jours suivants, la malade va de mieux en mieux, sans que la douleur se soit répétée; elle sort de la maison le 5, sans avoir eu une minute de fièvre.

Réflexion. Voilà encore un fait où l'intervention a été nulle pendant trois heures, et le travail a marché lentement. Elle a été active pendant une heure, et le travail a été terminé. Peut-on dire combien de temps encore les choses auraient traîné sans cela? La chose est difficile à préciser, mais on peut dire au moins le double, sans exagération. Le résultat a été on ne peut meilleur, malgré les menaces d'accidents, et l'art a droit à la part du succès. Le nom choque peut-être quelques oreilles, mais je dis qu'on peut appeler ces cas des *accouchements physiologiques artificiels.*

OBSERVATION CCXVIII.

Multipare. — Troisième grossesse portant un œuf entaché de syphilis. — Refus de traitement chez le père, qui, du reste, n'avait rien d'apparent. — Traitement chez la mère à l'iodure de potassium pendant toute la grossesse. — Ce moyen a suspendu les malaises habituels. — Un mouvement musculaire des parois abdominales simulant un mouvement actif de l'enfant. — Douleurs utérines résultant de la congestion. — Changement spontané d'une première position en une seconde. — Accouchement un peu prématuré. — Rotation artificielle de l'enfant. — Les efforts volon-

laires instinctifs ont fait sortir la tête sans contraction utérine. — Circulaire du cordon. — Naissance d'un garçon petit mais en apparence bien portant. — On le confie imprudemment à une nourrice au sein. — La mère se rétablit promptement sans fièvre. — Le travail des seins coïncidant avec la réparation de l'utérus et les tranchées secondaires. — L'enfant commence à avoir des rougeurs suspectes au bout de quinze jours et succombe à une éruption syphilitique au bout de deux mois, sans avoir rien communiqué à sa nourrice. — Le père s'obstine à ne pas suivre de traitement, et sa femme, redevenue enceinte, n'a plus eu recours à moi.

Mme D*** s'est bien portée depuis son dernier accouchement (*V.* obs. CLVIII). Les règles, qui s'étaient bien rétablies, apparaissent encore une dernière fois du 20 au 25 mai 1860, et de ce moment date la grossesse suivante, qui est la troisième.

A cette dernière apparition des règles, la malade était plus morose que d'habitude, pleurant sans motif. Le sang menstruel avait tardé à revenir et n'avait pas été aussi abondant : tout autant de signes pour moi qui dénotent l'ovulation.

Les menstrues n'étant pas venues en juin, et se trouvant fatiguée par des nausées, Mme D. vient me voir le 24 juillet, c'est-à-dire à la deuxième époque cataméniale manquante. Les signes rationnels étant suffisamment prononcés, je n'insiste pas pour un examen qui répugne à la malade, et je m'enquiers de ce qui est arrivé depuis le dernier accouchement.

En effet, j'avais dit au mari, en termes assez nets, que vraiment il ne pouvait plus oser donner le jour à un enfant avant d'avoir subi un traitement, et cet homme, voyant qu'il n'avait rien d'apparent, persistait à dire qu'il n'avait pas de syphilis. Aussi, il n'a pas voulu suivre mon conseil.

J'ai alors exhorté la dame à suivre au moins un traitement pendant toute la grossesse, et c'est ce qu'elle a fait. Je lui ai ordonné pour cela de prendre une cuillerée à bouche, le matin d'abord, puis matin et soir, de la potion suivante : 4 grammes iodure de potassium, dans 100 grammes de véhicule. Ce moyen a eu pour premier effet de suspendre les nausées, et depuis ce moment la malade s'est trouvée bien.

Le 24 août, elle vient me voir, parce que depuis deux jours elle est souffrante, et en palpant le ventre, j'observe un phénomène curieux. C'est un choc violent, qui se répète trois fois de suite, à quelques secondes d'intervalles, contre la

partie moyenne du muscle droit de l'abdomen, côté droit. Ce choc ne peut être qu'une contraction brusque, mais qui a parfaitement simulé un mouvement actif d'un enfant à neuf mois.

Ici, le doute n'était pas admissible, parce que la matrice, gravide de trois mois, était encore bien au-dessous de l'ombilic. J'ai trouvé en même temps le globe utérin tendu et douloureux, ce qui tient assurément à la congestion cataméniale; aussi, je ne prescris que du repos, et fais suspendre la potion pour quelques jours.

Depuis ce moment, tout s'est bien passé, et cette femme qui, aux autres grossesses, avait des malaises portés jusqu'à la défaillance, n'a rien eu à celle-ci. Pendant qu'elle était grosse de cinq mois, elle a assisté au mariage de sa sœur, et a dansé sans s'en ressentir.

Le 9 janvier 1861, c'est-à-dire au huitième mois, la malade vient me voir, et en palpant le ventre, je constate parfaitement la présence d'un enfant en première position. Le dos est à gauche et en avant, la tête en bas et les pieds en haut. Nous allons voir que la position changera plus tard, et pour savoir que le fait est réel, il faut savoir que mes notes sont inscrites ayant toujours la femme sous les yeux. Cette dame continue sa potion à l'iodure de potassium jusqu'à la fin de la grossesse.

La neuvième époque cataméniale aurait dû apporter l'accouchement du 20 au 25 février, mais c'est le 3 de ce mois, à 3 heures du matin, que les mouches commencent. Ne croyant pas au travail, la malade prend un bain général à 8 heures. A 10 heures et demie, on m'appelle, et je trouve le col dilaté de 4 centimètres. Les contractions sont assez fréquentes. Le travail est déclaré.

La malade explique cet avancement par une frayeur qu'elle a eue les jours derniers, et par une forte colère à laquelle elle s'est abandonnée la veille. Il faut savoir, du reste, que habituellement ses règles avançaient, et la congestion expultrice a pu avancer aussi.

Je laisse les choses aller leur train, mais, quelle n'est pas ma surprise, lorsque je trouve au palper une seconde position et non plus une première. Le dos de l'enfant est

à droite et un peu en arrière ; changement très-rare, tandis qu'il est assez fréquent de voir les enfants changer la première position dans la deuxième (O. J. D. P.).

A midi et demi, la malade perd des eaux en petite quantité et les contractions sont à cinq minutes d'intervalle. Je fais coucher la femme sur le lit de douleurs à midi trois quarts et la tête descend dans l'excavation. Je relève le col utérin, et comme la rotation ne se faisait pas, je saisis, d'une part, le tronc fœtal à l'extérieur, d'autre part, j'accroche la fontanelle postérieure à travers le vagin, et à l'approche de la douleur j'exécute le mouvement de rotation, qui s'est opéré tout doucement.

Dès que la tête a appuyé sur le plancher, la femme s'est mise à pousser de toutes ses forces. J'ai eu beau lui recommander de ne pas le faire, elle l'a continué malgré elle, sans que la contraction utérine eût lieu, de sorte que la tête est sortie de la vulve par les seuls efforts volontaires (une heure et demie).

Après cette sortie, j'ai dégagé un tour de cordon qu'il y avait, puis j'ai accroché l'aisselle droite, que j'ai portée en arrière pour exécuter la rotation du côté droit et ai retiré l'enfant. C'est un garçon de petites dimensions (2,675 grammes), mais n'ayant rien qui annonce une maladie suspecte. La délivrance a été opérée quelques minutes après, moyennant de petites tractions, et le parenchyme placentaire, pas plus que sa surface utérine, n'offre rien d'anormal. La surface fœtale du placenta offre quelques petites plaques fibrineuses de peu d'importance.

Je serre le ventre de la malade avec une ceinture, et lui administre un demi-gramme de seigle, qu'on répète deux fois à une demi-heure d'intervalle. Le reste de la journée se passe bien, quoique la malade ait dépassé mes ordonnances, car elle a pris du potage, du pain et de la viande. Mais ce qui m'a le plus contrarié à ma visite du soir, c'est qu'au lieu d'administrer du lait coupé à l'enfant, que je voulais garder en observation, on est allé appeler une nourrice qui lui a déjà donné le sein et qui va l'emporter à la campagne.

Je recommande à cette nourrice d'écrire toutes les se-

maines pour en donner des nouvelles, et si quelque bouton ou quelque rougeur se manifeste sur l'enfant, elle écrira même plus tôt.

Le 4, la mère est parfaitement. Pas de fièvre, utérus bien rétracté. Potages, eau rougie. Même état le 5. Dans la journée du 6, quoiqu'il n'y ait pas de fièvre, les seins grossissent et il y a des tranchées secondaires. La muqueuse utérine est en voie de réparation et la congestion des seins s'opère. Tisane nitrée, huile camphrée sur les seins. Le 7, j'ordonne 38 centigrammes de scammonée, qui donnent une forte selle, et le 8, la malade entre en convalescence. Le 11, je la vois pour la dernière fois; elle est parfaitement, et, d'après ce qu'on lui écrit, l'enfant va bien aussi.

Les choses, cependant, n'ont pas continué ainsi. Une quinzaine de jours après la naissance, l'enfant commence à avoir sur le scrotum et aux fesses des rougeurs, que le médecin du lieu a traitées par les émollients; bientôt après des plaques muqueuses ont apparu, et le doute n'était plus admissible; aussi, j'ai immédiatement écrit pour faire suspendre l'administration des seins, à moins que la nourrice ne voulût le faire à ses risques et périls, ce qu'elle n'a pas fait. L'éruption s'est propagée, et malgré les bains au sublimé, malgré l'administration de l'iodure de potassium, cet enfant est mort deux mois après sa naissance. La nourrice n'a rien eu.

Voilà donc un de ces cas singuliers où la syphilis offre encore des bizarreries.

1° Elle vient sur des enfants dont les parents disent n'avoir jamais rien eu; et en supposant que le père porte le germe du mal, sa femme n'a rien offert, quoique ayant porté quatre œufs malades.

2° Le traitement pendant la grossesse corrige la maladie, mais non complétement.

3° L'enfant malade ne donne pas le mal à sa nourrice.

4° Enfin il est impossible de faire faire un traitement au père, pour savoir au moins si le mal vient de ce côté.

Madame D... a eu une nouvelle grossesse pour laquelle elle n'a pas fait de traitement, mais ne l'ayant pas accouchée, je ne sais pas ce qui s'en est suivi.

OBSERVATION CCXIX.

Multipare. — Embonpoint considérable, son influence sur la grossesse et l'accouchement. — Grossesse prolongée jusqu'à la dixième époque cataméniale après la fécondation. — Travail difficile et violent. — Distinction entre la fatigue et la paresse de l'utérus. — L'imperfection des anciens forceps. — Le volume de l'enfant et un tour de cordon ont retenu le fœtus à la vulve. — Les rotations anormales du fœtus, signe de brièveté relative du cordon. — Naissance d'une fille morte. — Cette mort a été la conséquence de l'expectation érigée en système. — L'auscultation, dans ces cas, n'est pas un moyen certain. — Rétablissement de la mère sans accidents. — Ce qui arrive souvent aux malades qui ne veulent pas de médecins pour les assister.

Le 27 février 1861, j'ai été réveillé à minuit pour aller rue de l'École de médecine, auprès d'une femme assistée par le docteur Picard, laquelle était depuis assez longtemps en mal d'enfant.

Cette femme, âgée de trente et un ans et d'une taille avantageuse, est déjà mère de quatre enfants qui sont tous nés spontanément, quoique avec un peu de difficulté. Le dernier accouchement date de quatre ans, et depuis lors surtout, cette dame avait acquis un embonpoint très-prononcé.

Les grossesses précédentes s'étaient suivies de près, mais celle-ci, comme on le voit, avait retardé plus que les autres, et l'obésité n'est peut-être pas sans avoir exercé quelque influence sur ce retard.

Les règles étaient venues, pour la dernière fois, du 26 au 28 avril 1860, ce qui portait l'accouchement entre le 26 et le 28 janvier ; mais cette époque a été dépassée. La malade, du reste, n'étant pas souffrante, on a attribué, comme d'habitude, le retard à une mauvaise manière de compter.

C'est le 25 février, c'est-à-dire à la dixième époque cataméniale, que les mouches ont commencé dans la matinée ; et comme cette femme ne voulait pas de médecin pour l'assister, le mari est allé appeler sa sage-femme habituelle.

Cette journée s'est passée dans un travail modéré ; mais le 26, les douleurs sont devenues on ne peut plus vives, sans que l'enfant ait paru. La sage-femme dit pourtant que tout va bien. Dans la soirée, il y a un peu de répit, et le 27, les douleurs reprennent de plus en plus fort ; la poche des eaux se rompt spontanément à 8 heures de l'après-midi. Malgré cela, le travail n'ayant pas l'air d'avancer, la famille, préoccupée à

juste titre, est allée à la recherche d'un médecin (M. Picard), à onze heures.

Ce médecin, après avoir constaté la présence de la tête d'un enfant déjà engagée à travers le détroit supérieur, a voulu voir le degré de force des contractions utérines; mais ces contractions avaient presque entièrement disparu. En effet, il faut faire une grande distinction entre la fatigue de l'utérus après un long travail et la paresse qu'on observe quelquefois dès le début. Ici M. Picard a eu raison ; la suspension des contractions tenait à la fatigue, et il était imprudent d'attendre plus longtemps; aussi a-t-il fait une application de forceps.

Cette application n'a pas réussi, à cause du vieux forceps de Levret dont il se servait, et qui, malgré son volume, cédait sous la pression; preuve évidente aussi que la résistance était considérable. Il a fait alors prendre un forceps trempé et de dimensions solides; il l'a appliqué, et après les tractions les plus violentes, il n'a pu amener la tête qu'à la vulve. C'est pour remédier à cet état qu'on m'a appelé.

A mon arrivée (minuit 1/4), je trouve que la tête fœtale est enfouie au milieu de la vulve gonflée ; cette tête est couverte d'une bosse sanguine et ne paraît pas encore avoir franchi complétement le détroit inférieur. Je cherche les pulsations cardiaques de l'enfant, et je ne les trouve pas. Au reste, ce signe est bien trompeur, quand même on constate les pulsations, car le cœur est le dernier à mourir, et l'axe cérébro-spinal peut être assez gravement atteint pour que la vie extra-utérine soit impossible.

Je passe mon doigt tout autour de la tête, autant du moins que les parties le permettent, et je constate la présence de l'occiput en avant; je profite du peu d'espace que laisse le détroit inférieur pour aller accrocher l'aisselle gauche de l'enfant, ce qui a été assez difficile. Cette position demandant la rotation des épaules pour l'avancement du fœtus, je porte l'aisselle gauche en arrière, et puis j'essaye de tirer, tout en aidant la traction avec l'autre main appuyée sur l'occiput.

Cette traction, loin de profiter, ne fait que changer la position de l'enfant; les épaules sembleraient constituer le seul

obstacle ; mais en examinant le cou, je le trouve fortement serré par le cordon. J'essaye en vain de dégager l'anse vasculaire ; d'un autre côté, elle est trop serrée et trop profonde pour pouvoir la couper, de sorte qu'il a fallu s'y prendre autrement.

Je dégage le bras postérieur avec ménagement, pour ne pas produire de fracture ; et, loin de progresser, le tronc de l'enfant se tourne de manière à porter l'occiput en arrière et la face en avant. Cette rotation anomale aurait seule suffi à diagnostiquer une brièveté relative du cordon, si déjà je ne l'avais pas reconnue.

Le bras gauche une fois dégagé, j'ai pu tirer sur ce membre, et en même temps j'ai accroché l'aisselle droite. Cette double traction à enfin permis d'avancer le cou suffisamment pour rendre la section du cordon possible.

Cette section faite, la traction a amené aussitôt l'enfant.

C'est une grosse fille (4,250 grammes) qui ne donne aucun signe de vie, et qui, par l'état bleuâtre de la face, prouve une mort récente. Comme acquit de conscience, j'ai usé de tous les moyens connus pour la faire respirer, même de la respiration artificielle, mais le cœur n'a pas battu une seule fois.

Le délivre, décollé sans doute prématurément par la brièveté du cordon et par les tractions, s'est présenté à la vulve immédiatement après la sortie de l'enfant. C'est une délivrance spontanée et immédiate qu'il ne faut pas confondre avec la délivrance naturelle. Le placenta est sain.

Une fois que la femme a été appropriée et remise dans son lit, je lui ai serré le ventre avec une ceinture et lui ai administré deux grammes de seigle.

Les soins ultérieurs ont été naturellement confiés à M. Picard ; et, d'après ce que m'a dit ce médecin, tout s'est terminé sans accidents.

Réflexions. Voilà une femme qui, pour n'avoir pas voulu de médecin à son accouchement, a fini par en avoir deux ; et, de plus, elle a perdu sa fille. Une assistance plus intelligente, et surtout plus hâtive, aurait pu sauver cette enfant.

OBSERVATION CCXX.

Multipare. — Influence du choléra sur une première grossesse. — La station verticale provoquant des défaillances pendant la gestation. — Pourquoi les varices peuvent n'exister qu'à une jambe. — La toux réflexe de la grossesse, ses moyens thérapeutiques. — Cause de certaines démangeaisons. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Ce que peut l'art pour l'accouchement physiologique. — Parallèle de l'intervention et de l'expectation en obstétrique. — Dans les accouchements prompts la délivrance naturelle est plus tardive que dans les accouchements lents, raison du fait. — Précautions à prendre pour éviter de laisser dans l'utérus des débris de membranes. — Naissance d'un garçon bien portant. — Le silence des enfants naissants comparé à la mort apparente. — Causes multiples des premiers cris de l'enfant. — Rétablissement de la mère sans fièvre.

Mademoiselle L., native de Paris et habitant le carrefour de l'Odéon, est âgée de 32 ans, d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, d'un tempérament lymphatico sanguin, mais d'une bonne santé. Elle n'a eu de maladies que quelques bronchites dans les saisons froides.

Réglée à 13 ans, elle a continué de l'être tous les mois, à un ou deux jours près, et chaque fois pendant six jours sans aucune indisposition concomitante.

A 25 ans, elle a eu une première grossesse, pendant laquelle elle a été prise de choléra. Cette maladie, un peu légère, n'a pas empêché la grossesse de continuer encore quatre mois, et l'accouchement a eu lieu quinze jours avant le terme ordinaire.

Cet enfant, grêle, n'a vécu que quinze jours.

Après deux ans de vacuité est survenue une deuxième grossesse, pendant laquelle mademoiselle L. n'a pas été indisposée, et l'accouchement, cette fois, est arrivé à neuf mois, avec la naissance d'un enfant qui a vécu trois mois. Le travail, dans ce dernier accouchement, avait duré sept heures, sans compter le temps des douleurs légères. Dans le précédent, le mal avait été un peu moins pénible à cause, sans doute, de la petitesse de l'enfant.

Après trois ans de vacuité est survenue une troisième grossesse, qui est la présente. Les règles ont coulé pour la dernière fois du 15 au 20 mai 1860.

Dans celle-ci, mademoiselle L. a été fatiguée plus que dans les précédentes; pendant les premiers mois, céphalalgie, somnolence, lassitudes, etc. Ce qu'elle a remarqué le

plus est que la station verticale ne pouvait pas se prolonger sans occasionner des syncopes.

Dans les derniers mois, il y a eu un peu d'œdème aux deux pieds; mais, chose qu'elle n'avait pas eue aux grossesses précédentes, la jambe gauche s'est couverte de varices, de rougeurs et de démangeaisons ayant le caractère local que peuvent prendre les varices. On doit savoir tout d'abord qu'ici il y avait une première position du vertex de l'enfant, et l'occiput portant sur la veine iliaque gauche, la stagnation du sang était plus facile dans le membre correspondant que dans toute autre région. Quant aux rougeurs concomitantes, elles tenaient sans doute à une subinflammation; mais ce qu'on n'a pas expliqué c'est la démangeaison qui accompagne souvent ces phénomènes. L'altération de la sensibilité peut expliquer certaines démangeaisons indépendantes des maladies de la peau; mais placer toutes ces démangeaisons parmi les névroses, c'est s'écarter de la vérité. Ainsi il est démontré pour moi que lorsque, pour une cause quelconque, le sang stagne dans les capillaires, la démangeaison en est souvent la conséquence, si bien que le grattage corrige alors la démangeaison en aisant circuler le sang.

Mademoiselle L. en était à son septième mois, lorsqu'ayant eté prise de toux incommode et sèche, elle est venue me consulter. L'état de gestation a porté immédiatement mon attention sur les phénomènes réflexes qui l'accompagnent. En effet, la toux vient par quintes, est sèche et n'offre aucun symptôme fébrile; enfin la percussion et l'auscultation de la poitrine ne trouvent rien de pathologique. La malade, au contraire, est pâle et maigre; aussi j'ordonne, pour tout remède, du vin de quinquina, une alimentation réparatrice et des promenades en plein air, ce qui a suffi, en peu de jours, à guérir la faiblesse et la toux réflexe.

Depuis le septième mois jusqu'au neuvième, l'enfant, que j'ai examiné au palper, s'est toujours tenu en première position du vertex. (O. J. G. A.)

La neuvième époque cataméniale aurait dû amener l'accouchement entre le 15 et le 20 février 1861. En effet, dès le 14, mademoiselle L. est si fatiguée, qu'elle croit accou-

cher. On m'appelle, et je constate des contractions utérines qui arrivent toutes les demi-heures. Le col cependant reste fermé, ce qui indique un faux travail ; aussi il n'a pas tardé à se suspendre.

Dans les jours suivants, les malaises ont continué, mais c'est seulement la nuit du 22 au 23 février, à minuit, que les mouches se sont renforcées, et à trois heures un quart, la malade se rend à ma maison d'accouchement. Ici je trouve que les contractions sont tantôt à sept, tantôt à trois minutes d'intervalle. Le col offre une dilatation de 3 centimètres, et à cinq heures un quart, je perce la poche, après avoir passé un bassin plat sous la femme, pour recevoir les eaux. Cette précaution est bonne, surtout quand on veut connaître la quantité et la qualité des eaux rendues au moment de la rupture.

Les contractions utérines sont aidées par les efforts volontaires; je relève le col utérin, qui est pincé entre la tête et le pubis. La tête arrive bientôt à la vulve; je ne me suis pas donné la peine d'abaisser le plancher, mais je me suis empressé de faire la flexion et l'extension artificielles. La tumeur céphalique traverse la vulve à cinq heures vingt-cinq minutes, sans que la femme pousse un seul cri; ainsi dix minutes ont suffi, après la rupture de la poche, pour opérer la sortie de la tête. Sans cette rupture, sans la flexion et l'extension artificielles, ce travail aurait duré des heures entières, comme la chose avait eu lieu aux accouchements précédents.

La rotation des épaules et la sortie du tronc se sont faites spontanément. C'est un beau garçon (3,155 gram.), qui respire parfaitement et qui geint à peine; quand on le lave, il ne pleure pas. Ici, le silence est le meilleur signe de la santé, c'est que l'enfant n'a pas souffert. Lorsque, au contraire, les enfants gardent le silence et qu'ils ne respirent pas, c'est la mort apparente. Cela indique une souffrance excessivement prononcée ou prolongée. Enfin, lorsque l'enfant pleure au moment de la naissance, on peut en attribuer la cause à divers chefs, dont la souffrance même du travail est un des principaux.

Au bout de dix minutes et même de quinze, j'essaye de faire de petites tractions sur le cordon ; mais le placenta

tient à l'utérus, et mes tractions causent même un peu de perte de sang, preuve évidente que le décollement n'a pas encore eu lieu et qu'il s'opère sous la traction sans que l'utérus se contracte : aussi j'ai préféré attendre.

Dans les cas, en effet, où le travail a été long et que l'utérus a eu le temps de se contracter plusieurs fois d'une manière énergique, le décollement placentaire s'opère même avant la sortie de l'enfant, ce qui est souvent cause de mort apparente chez ce dernier. La déplétion prompte et facile de la matrice laisse le placenta adhérent, il faut par conséquent attendre alors pour que le décollement s'effectue. C'est une demi-heure après la sortie de l'enfant que j'ai extrait le délivre. J'ai trouvé, ici comme ailleurs, l'utilité d'aller avec les doigts de la main gauche saisir profondément les membranes, pendant qu'avec la droite je roulais le délivre. Ceci m'a permis de les saisir et de les extraire en entier, quoiqu'elles fussent minces et fragiles. Sans cette précaution, des débris en seraient restés dans l'utérus et le vagin, ce qui peut être cause d'accidents.

Je donne 1 gramme de seigle ergoté en deux fois, et je serre le ventre de la femme. Bouillons. L'enfant prend du lait coupé.

Nuit excellente pour la mère et l'enfant. Le 24, pas l'ombre de fièvre. L'utérus est d'un doigt sous le nombril, ce qui arrive souvent après un accouchement prompt, jamais après un travail prolongé. Potages.

Même état le 25. Les seins sont toujours flasques, mais ils commencent à grossir le 26, sans qu'il y ait de la fièvre; aussi je donne un laxatif et de la tisane nitrée. L'enfant a une nourrice qui l'élève au sein dans les environs de Paris.

Le 27 et les jours suivants, mademoiselle L. va de mieux en mieux, et sort de la maison le 29. Elle rentre chez elle sans avoir eu une minute de fièvre.

Réflexions. — Voilà ce que j'appelle l'accouchement physiologique artificiel. C'est le résultat des soins donnés de manière à laisser l'accouchement dans les limites d'une fonction physiologique, tandis que la douleur, les difficultés et les accidents consécutifs le rendent souvent pathologique avec l'expectation érigée en système.

OBSERVATION CXXI

Primipare. — Malaises de la grossesse commençant à la première époque cataméniale manquante, pour continuer jusqu'au terme. — Causes de ces malaises. — Constipation alternant avec la diarrhée. — Accouchement arrivant à la demi-époque, entre le huitième et neuvième mois. — Accès fébriles arrivant tous les soirs : un de ces accès a déterminé le travail. — Hydrorrhée malgré l'unité des membranes. — Une légère métrite paraît avoir été la cause de ces phénomènes. — Rotation de l'occiput en arrière dans une deuxième position du vertex. — Causes probables simulant une brièveté du cordon. — Appendice variqueux du col utérin. — Travail prolongé. — Léniceps. — Le dégagement de la tête avec l'occiput en arrière expose aux déchirures de la fourchette. — Naissance d'un garçon atteint d'ophthalmie. — Frissons chez la mère, suivis de réaction fébrile. — Symptômes d'une légère résorption. — Influence qu'a pu avoir sur ces symptômes la rétention des selles et des urines. — Rétablissement complet.

Mlle J. R., native de Paris, demeurant rue de l'Echiquier, est une fille de magasin âgée de 20 ans, d'une taille moyenne, de tempérament lymphatique et d'une constitution délicate. Outre diverses maladies morbilleuses, elle a eu des fluxions de poitrine, des rhumatismes et des angines.

Réglée à 15 ans, elle a continué de l'être tous les mois, non à jour fixe. Elle voit chaque fois pendant quatre jours sans souffrir. Elle est sujette aux pertes blanches pendant tout le mois. Elle n'a jamais eu de grossesse avant celle-ci, ce qui tient sans doute à la faiblesse de sa constitution.

Ses règles ont coulé, pour la dernière fois, du 8 au 15 juin 1860. Rien ne lui avait annoncé une grossesse, lorsque du 8 au 15 juillet, au lieu de voir paraître le sang, elle a eu beaucoup de malaises (céphalalgie, nausées, vomissements, etc.). Cette dyspepsie a duré pendant deux mois, puis elle a cessé pour reprendre à cinq mois et ne plus s'arrêter. Cependant les malaises ont été surtout marqués aux époques cataméniales, preuve évidente qu'ils tenaient à la congestion utérine. Elle a eu des alternatives fréquentes de constipation et de diarrhée; enfin, dans le milieu de février 1861, elle a été prise tous les soirs de frissons et de fièvre, mais elle ne m'a pas consulté pour cela. La neuvième époque cataméniale aurait dû amener le travail du 8 au 15 mars, mais le 27 février (c'est-à-dire quinze jours trop tôt), les douleurs ont commencé avec l'accès fébrile du soir.

Ainsi, à quatre heures, pendant qu'il y avait, comme les jours précédents, de la céphalalgie, chaleur et de la soif,

sont venues les mouches, et du liquide séreux assez abondant a coulé par la vulve. Ce liquide sortait surtout au moment de la douleur, et comme nous allons voir que les membranes étaient intactes, ce liquide provenait de la muqueuse utérine.

A minuit et demi, la malade se rend à ma maison d'accouchement, et ici je trouve que le col utérin, fortement porté à gauche, offre une dilatation de 2 centimètres. Les contractions utérines sont à trois ou quatre minutes d'intervalle, le fœtus se tient en deuxième position du vertex (O. J. D. P.).

La tête fœtale étant encore élevée, je respecte la poche des eaux que je trouve au toucher et j'attends. La femme, pendant ce temps, offre un pouls à 95, la peau chaude, de la soif, et surtout elle accuse ses douleurs d'une manière très-prononcée.

Le temps marche, et cependant le travail du col, ainsi que de l'engagement, est très-lent. Pour le hâter, je perce la poche à deux heures après minuit, ce qui laisse sortir une grande quantité d'eau; enfin, j'essaye de faire la rotation artificielle du fœtus par manœuvres externes et internes. Cette rotation a été impossible à obtenir, et avec cela la tête reste toujours élevée.

Dans la crainte que la plénitude de l'intestin ne fût cause de ce fait, j'ai vidé le rectum, tout en abaissant le plancher avec les doigts placés dans le vagin, mais sans succès pour l'engagement de la tête. Le col n'achève pas de se dilater, et sur un de ses points il offre une tumeur pyramidale molle, fluctuante, qui est probablement une veine dilatée ou un petit kyste.

Voyant que la rotation était impossible et qu'elle avait plutôt de la tendance à se faire en arrière, voyant aussi l'engagement ne pas s'opérer, j'ai cru qu'il s'agissait d'une brièveté du cordon, et à quatre heures après minuit, j'ai proposé l'application du laniceps. Les contractions, du reste, ont presque entièrement disparu.

L'application de l'instrument a été faite sans déranger la femme de son lit et sans la découvrir; la dilatation incomplète du col et l'élévation de la tête ne l'ont pas rendue plus difficile.

A ce moment le travail aurait pu être promptement terminé, si je n'avais pas voulu attendre la contraction utérine pour faire les tractions; mais de quel côté tourner l'occiput?

Mon léniceps a ceci d'avantageux, c'est qu'il laisse à la tête la liberté de tourner dans le sens le plus facile, et comme la rotation en avant avait été impossible, je l'ai laissée s'effectuer en arrière pendant les tractions.

A quatre heures un quart, la tête était derrière la vulve; et comme dans les occipito-postérieures ce sont les plus grands diamètres qui s'offrent au dégagement, j'ai pris toutes les précautions possibles pour éviter les déchirures. J'ai fait avancer le front sous l'arcade pubienne avec les doigts, j'ai poussé la tête en avant dès qu'il a franchi l'arcade, mais toutes mes précautions n'ont pas pu empêcher la rupture du repli muqueux qui borde la fourchette (quatre heures trente-cinq minutes).

L'enfant est un garçon assez grêle (2,820 grammes), il est assez vivace, mais il a les bords palpébraux assez rouges, preuve évidente qu'il portait cette maladie dans le sein même de la mère.

La délivrance a été opérée, à l'aide de petites tractions, à quatre heures quarante-huit minutes; le placenta est sain et je cherche en vain la poche amnio-choriale ou une double ouverture de l'œuf. On voit évidemment que l'hydrorrhée venait du décollement opéré entre la muqueuse et les membranes fœtales.

Je serre le ventre de la femme avec une ceinture, et comme je n'avais pas de seigle ergoté à la maison, j'en renvoie l'administration à sept heures du matin, retard qui n'a pas été sans effets sur les résultats ultérieurs.

La journée du 28 est assez bonne, quoique le pouls conserve 90 pulsations par minute. Bouillons, potages; l'enfant prend du lait coupé; collyre astringent.

Le 1er mars, la mère se trouve parfaitement et le pouls est tombé à 70, pendant que l'utérus est à trois doigts sous le nombril. Les yeux de l'enfant sont moins rouges.

Dans la soirée du 2, la malade a de légers frissons suivis de chaleur, et comme son enfant est emporté à la campagne pour être élevé au sein d'une nourrice, elle attribue son

mal-être à l'émotion morale et ne parle même pas de ce qu'elle a eu.

Dans la journée du 3, les frissons se renouvellent et le pouls remonte à 92. Il y a aussi de la céphalalgie, mais ce qui me frappe surtout est l'extrême fétidité des lochies, jointe à une sensibilité du ventre plus marquée qu'hier.

Je fais donner une douche vaginale et fais couvrir le ventre de flanelle, après y avoir fait faire une embrocation huileuse, et j'attends pour voir si les choses se suspendent.

Tout au contraire, la nuit est agitée, et, le 4, le pouls monte à 100. Le ventre, sans être plus sensible, est plus volumineux qu'hier, la face est pâle, les dents sont sèches et enduites d'une légère couche fuligineuse. Évidemment il y a eu ici une résorption, mais comme l'utérus est rétracté, que l'haleine n'a pas l'odeur des lochies et que cette résorption arrive le quatrième jour, je ne m'en effraye pas; je me demande même si les urines, que la malade garde longtemps, et le manque de selles depuis l'accouchement ne seraient pas pour quelque chose dans ce fait. L'empâtement et la sensibilité, plus marquée du côté gauche de l'hypogastre que du côté droit, font craindre un amas de matières fécales dans l'S iliaque; aussi je me borne à administrer 30 centigr. poudre de scammonée.

La journée se passe sans selles, et à huit heures du soir il y a encore des frissons, de la céphalalgie, des douleurs abdominales, et une grande agitation. Appelé, je constate une grande sensibilité du ventre et le pouls à 110, mais ce qui me frappe le plus, est que les douleurs accusées par la malade sont intermittentes comme les coliques intestinales ou les tranchées utérines.

Je n'ai pas osé donner un autre purgatif, j'ai fait administrer des lavements, j'ai fait mettre des cataplasmes sur l'abdomen et fait donner du sulfate de quinine (1|2 gr. dans une potion de 100 gr.). Avec cela la malade continue à prendre du bouillon et de l'eau rougie.

Dans la nuit il y a des selles, et, le 5, la malade est mieux, mais en palpant le ventre je trouve l'utérus presque de niveau avec le nombril; c'est la vessie qui en est cause par sa plénitude, et après avoir fait uriner la femme, la matrice baisse

de quatre doigts. Je fais continuer les lavements, les cataplasmes et le sulfate le 6, mais déjà la malade va mieux et le soir le pouls est à 75.

Le 7, le mieux se prononce encore plus et je fais suspendre toute médication pour augmenter les aliments. Ce qui reste est la sensibilité du repli muqueux de la fourchette, que je fais laver avec du vin. Le 8 et le 9 la malade est convalescente, le 10 elle rentre chez elle en très-bon état.

Réflexions. — Un premier point ici à faire remarquer est la difficulté de l'engagement et la rotation effectuée en arrière malgré tout ce que j'aie pu faire pour l'opérer en avant. La première idée que j'avais eue de la brièveté du cordon ne s'est pas confirmée, quoique, à vrai dire, cette tige vasculaire ait pu enlacer le tronc, et le tout avoir glissé pendant l'extraction. Je crois plutôt qu'il s'agissait ici d'une forte plénitude du gros intestin dans la fosse iliaque gauche, car le bassin n'était pas rétréci. Le fœtus se tenant presque entièrement dirigé avec le dos en arrière, l'épaule gauche de l'enfant était déjà placée devant la colonne vertébrale de la mère, et elle y est restée.

Un autre point digne de remarque est l'état fébrile qui a précédé et suivi le travail. On voit que la matrice était le siége d'une subinflammation qui a rendu peut-être ses contractions faibles et qui a prédisposé à la résorption. Je regrette de n'avoir administré le seigle que plusieurs heures après l'accouchement; mais que serait-il arrivé si je ne l'avais pas administré du tout et que le sang décomposé dans l'utérus fût plus abondant? C'est alors que la quantité résorbée n'aurait pas pu être neutralisée, et la femme serait morte de la soi-disant fièvre puerpérale.

OBSERVATION CCXXII.

Multipare.— Le retour des couches n'arrive pas toujours à six semaines comme on croit; raison du fait. — Les femmes qui n'allaitent pas ont l'ovulation précoce. — Coït reconnu fécondant.— Grossesse reconnue au palper après six semaines. — Signes divers suivant le sexe de l'enfant. — Premiers mouvements actifs le cent-dix-huitième jour. — Congestions cataméniales; la neuvième apporte habituellement l'accouchement. — Gestation ayant duré deux cent soixante-six jours. — Le rhumatisme utérin reparaît plus ou moins à toutes les grossesses là où il a existé une fois. — Cause des douleurs de reins. — Résistance des membranes. — La sortie des eaux

régularise les contractions utérines. — Rotation artificielle du fœtus. — La tête suit le tronc, et non le tronc la tête, dans la rotation interne. — La douleur, suite de la compression des nerfs ; erreur fréquente sur ce qu'on appelle les crampes. — Infidélité du toucher vaginal même pendant le travail. — Utilité de la position de la femme sur le côté. — Grande utilité des petits secours. — Naissance d'un garçon fatigué, quoique l'auscultation n'eût pas indiqué la souffrance. — Erreur de croire que la veine ombilicale reste tendue tant que le délivre est adhérent. — Placenta lobulé, traces de placentite. — Légère hémorrhagie ombilicale chez l'enfant. — La mère a des frissons comme pendant la grossesse, mais qui restent sans résultat. — Imprudence de se lever trop tôt, même dans les couches les plus heureuses.

Madame B..., depuis son dernier accouchement (V. observation CLIX), s'est bien portée pendant deux mois. Le sang qu'on appelle retour de couches ou première menstruation a paru exactement deux mois après l'accouchement, et non au bout de six semaines, comme on le croit vulgairement. En effet, l'apparition du retour de couches dépend de plusieurs causes : celles qui l'éloignent sont les causes débilitantes et surtout l'allaitement ; celles qui le rapprochent sont les causes excitantes, la vigueur de santé et surtout le non-allaitement. Des causes accidentelles peuvent aussi provoquer cette arrivée pour ainsi dire à tout moment, telles que le coït, la fatigue, les émotions, etc.; mais à part cela, le sang ne revient qu'à des époques fixes : ce sont les époques cataméniales ou les demi-époques qui les séparent. Les six semaines qui constituent la demi-époque, entre le premier et le deuxième mois, peuvent être la règle ; mais si on faisait des statistiques, on verrait qu'elle souffre un très-grand nombre d'exceptions.

On aurait cru qu'après l'établissement des règles madame B... se porterait encore mieux qu'avant; mais, tout au contraire, elle a été fatiguée par des douleurs dans le dos, l'épigastre et la tête. La menstruation avait paru régulièrement quatre fois lorsqu'a commencé une septième grossesse, qui est la suivante :

Avant de décrire cette grossesse, il est utile de s'arrêter sur la fréquence des gestations chez cette femme, en apparence si délicate. La fréquence s'explique par le non-allaitement surtout, mais ici il faut s'entendre : ainsi, d'après les idées reçues, on croit que la femme fait deux œufs à chaque écoulement menstruel, et par conséquent qu'elle peut, à la rigueur, rester grosse au retour même de couches. La fécondation à ce moment a pu être observée; mais je n'en connais pas d'observation authentique, et, quoique des cas puissent se trouver, je déclare

que tout en ayant leurs règles, les femmes sont rarement fécondées dans le deuxième, troisième ou quatrième mois qui suit leurs couches. Cela a lieu précisément parce que l'ovulation arrive plus tardivement que la menstruation, lorsque la femme ne nourrit pas l'enfant, tandis que lorsqu'elle allaite, l'ovulation peut arriver au bout de huit, dix mois, avant même que la menstruation se soit établie. La grossesse des nourrices qui se trouvent dans ce cas n'est pas rare. Il faut dire pourtant que la menstruation, comme l'ovulation, sont d'autant plus précoces que la femme est forte et qu'elle ne nourrit pas, ce qui fait des seins alors le lieu de la congestion dont l'utérus et les ovaires sont le siége habituel.

Madame B... a eu ses règles pour la dernière fois du 28 mai au 3 juin 1860. Le 10 de ce dernier mois elle eut un rapport sexuel auquel elle a aussitôt rapporté la grossesse.

La préoccupation était si grande depuis ce moment chez cette femme, qui est chargée de famille, qu'elle n'a plus voulu recevoir d'approches sexuelles avant l'époque cataméniale suivante. En effet, le sang n'a plus reparu et les craintes de la grossesse ont augmenté. Six semaines après ce coït fécondant, la malade est venue me consulter et j'ai pu m'assurer, par le palper, que l'utérus était volumineux comme dans une grossesse de ce terme.

Durant cette gestation, madame B... s'est mieux portée que dans la précédente, et comme cette femme, dans ses nombreuses grossesses, a pu s'étudier elle-même, elle assure que cette fois elle porte un garçon. Ses grossesses de filles ont toutes été pénibles. Quoique la chose se soit confirmée ici comme dans bien des cas semblables, il s'en faut cependant que ce signe soit certain. Dans cette grossesse madame B... n'a pas eu de douleurs abdominales, et son état général a été meilleur que dans les cas précédents. Elle a senti les premiers mouvements de son enfant le 6 octobre, c'est-à-dire cent dix-huit jours après la fécondation et à la quatrième époque cataméniale, non à quatre mois et demi comme on le croit vulgairement.

Tout allant bien, je me suis contenté, dans le mois de février 1861, de constater par le palper la bonne présentation de l'enfant. Dans le commencement de ce mois précisément (hui-

tième époque catam.), il y a eu quelques menaces de travail, mais qui n'ont pas abouti. C'est dans la nuit du 2 au 3 mars que le travail s'est déclaré (neuvième époque cataméniale).

A minuit les mouches commencent, et à trois heures et demie on vient me chercher. A mon arrivée je trouve l'utérus tendu d'une manière presque permanente, quoique la femme n'accuse pas de douleurs très-vives. A cette subcontraction permanente s'ajoutent des contractions fréquentes dans lesquelles la matrice se fait encore plus douloureuse et plus tendue. Cette anomalie ne m'étonne pas chez une femme qui, dans ses grossesses précédentes, a eu du rhumatisme utérin.

Avec cela le col utérin est mou, offrant une dilatation grande comme une pièce de cinq francs. Si déjà mes idées n'étaient pas fixées, ce cas suffirait à montrer que la tension du col n'est pas toujours la cause des douleurs de reins, mais que cette cause tient le plus souvent à la compression du corps utérin sur la colonne vertébrale ; en effet, ici le col est mou et la douleur lombo-sacrée est intense comme la contraction utérine et comme la compression qui en est le résultat.

Je ramène avec le doigt le col dans l'axe du vagin et la dilatation s'avance bientôt. Le fœtus est en ce moment comme dans la grossesse en seconde position du vertex (O. J. D. P.) et tout allant bien, j'opère à quatre heures la rupture des membranes. Cette rupture a été très-difficile, à cause de l'épaisseur et de la résistance de ces enveloppes. On dirait que le placenta n'est pas loin du col.

Le redressement du col et surtout l'écoulement d'une partie des eaux ont diminué la tension utérine et rendu les contractions plus rares, plus régulières ; aussi j'en ai profité pour opérer la rotation du fœtus en agissant à la fois sur le tronc par manœuvres externes avec une main, pendant qu'avec les doigts explorateurs de l'autre j'opérais sur la tête à travers le vagin. Cette dernière manœuvre a même servi à me confirmer dans l'idée que le toucher vaginal est souvent aussi défectueux que tardif pour le diagnostic. En effet, ici il m'est impossible d'atteindre ni une suture ni une fontanelle. Un des pariétaux occupe en plein l'espace que peut parcourir le doigt. Une autre remarque à faire ici, lorsque le toucher a pu trouver la suture sagittale, a été celle de constater que le tronc avait fait sa rota-

tion de manière à offrir le dos en avant tandis que la tête était encore presque transversale. En effet, malgré l'opinion généralement admise, ce sont les épaules, le plus souvent, qui opèrent la rotation sur le détroit supérieur, comme on peut le constater par le palper et l'auscultation, avant que la tête fasse sa rotation dans l'excavation.

Tout paraissait aller bien, et pourtant cinq et six heures sonnent sans que le travail se termine; la rotation de la tête ne s'achève pas et la malade est tourmentée par des douleurs qui arrivent souvent dans la jambe droite. Chose importante, la douleur n'arrive dans la jambe que lorsque la contraction utérine commence, et elle se fait plus vive que la douleur même de la contraction. *La crampe de ma jambe*, comme dit la malade, *arrête la douleur*. Ce fait tient naturellement à la compression de la tête sur le nerf sciatique, mais ce qu'on n'a pas remarqué est que la soi-disant crampe n'en est pas une; en effet, ceux qui ont eu des crampes aux mollets savent combien les muscles de cette région deviennent durs pendant la contraction douloureuse: or, jamais je n'ai senti les muscles se durcir considérablement sur les points où les femmes en travail disaient ressentir la crampe. Il ne faut donc plus appeler ce phénomène une crampe, mais une simple douleur qui paralyse les muscles par la compression du nerf plutôt qu'elle ne les fait contracter.

Le travail traîne chez madame B.; les contractions, qui étaient à deux et trois minutes d'intervalle, sont maintenant à sept et huit. Les douleurs de reins continuent, et à six heures un quart il survient des vomissements glaireux.

J'essaye ici un moyen qui réussit souvent quand on sait s'en servir, c'est de faire coucher la femme sur le côté le plus favorable à la rotation, c'est-à-dire le côté gauche ici. Cette position a détendu les muscles abdominaux et l'utérus, de manière que les douleurs de reins ont diminué; de plus, le tronc fœtal tombant à gauche, a entraîné la tête, et l'occiput a paru presque aussitôt sous l'arcade pubienne. S'il y avait des contractions, le travail se terminerait bientôt, mais elles sont toujours si rares que je suis presque sur le point de donner du seigle ergoté.

Pour favoriser le travail, autant que pour exciter les contractions utérines et volontaires, je relève la lèvre antérieure

du col, que je fais chevaucher par-dessus la tête; j'abaisse le plancher, et la tête fait quelque progrès. La paroi antérieure du vagin et l'urètre étaient même si œdématiés que j'ai dû les comprimer d'abord, puis les refouler à mesure que l'occiput était poussé en avant. La tête de l'enfant, forte du reste, a traversé la vulve à sept heures trois quarts, et j'ai dû ménager les déchirures en la retenant lorsqu'elle avançait trop précipitamment. La rotation extérieure s'est faite avec l'occiput à gauche, parce que le tronc avait fini par porter le dos de ce côté.

L'enfant est un garçon assez fort (3,985 gr.), vivant, mais ayant la face et même le corps cyanosés, ce qui prouve qu'il souffrait beaucoup. Pourtant les pulsations cardiaques que j'avais constatées pendant le travail n'avaient pas cessé d'être fortes et régulières. Que serait devenu l'enfant si ce travail, déjà un peu long pour moi, avait été abandonné à la nature pendant vingt-quatre heures?

Pour soulager cet enfant, je laisse saigner le cordon avant de le lier, et je ne le noue que lorsque l'enfant a bien respiré, bien pleuré, et que la peau est devenue de couleur naturelle. Ici, comme toujours, je fais une ligature sur le bout placentaire du cordon, afin de conserver le plus de sang possible dans le délivre, et je m'assure si le signe du médecin anglais, M. Clay, est exact.

Ce médecin prétend que tant que le placenta reste adhérent à l'utérus, la veine ombilicale reste gorgée de sang et tendue sous le doigt; dès que le décollement a lieu, la détension arriverait. Or, c'est là une erreur. Ainsi j'ai attendu ici jusqu'à huit heures un quart, et la veine étant encore aussi tendue qu'un quart d'heure auparavant, cela aurait voulu dire que le placenta n'était pas encore décollé. J'ai alors glissé les doigts le long du cordon, et je me suis assuré que le délivre, sans avoir franchi le col, était cependant tombé déjà sur l'orifice interne. Une petite traction a suffi pour l'extraire, et c'est précisément au moment où le placenta tombait dans le vagin que j'ai senti la veine se détendre. Ainsi la tension de cette veine persiste, non tant que dure l'adhérence, mais tant que le délivre est retenu par le corps utérin qui le comprime.

Ce délivre a offert aussi de particulier la forme lobulaire. Il est d'abord divisé en deux parties séparées par un étrangle-

ment, et chacune de ces parties est entourée d'autres lobes ou cotyledons distincts; enfin on remarque sur plusieurs points de la surface utérine du placenta des traînées de tissu cellulo-fibreux assez volumineuses et même incrustées de sels calcaires; ce qui est en rapport avec les grossesses précédentes et avec le rhumatisme utérin de cette femme.

Dans le reste de la journée du 3, la malade est bien, elle avait pris un gramme et demi de seigle immédiatement après l'accouchement, ce qui avait rendu la perte peu prononcée. Chez l'enfant, au contraire, le cordon avait un peu saigné, ce qui pouvait tenir autant à la respiration défectueuse qu'à la constriction insuffisante de la ligature : aussi ai-je excité l'enfant à crier en même temps que j'ai apposé une nouvelle ligature.

Le 4, la mère est on ne peut mieux, pas de fièvre. Potages. L'enfant, désormais bien portant, prend du lait coupé avec de l'eau de gruau. Même état le 5 pour la mère et l'enfant.

Le 6, la mère continue de bien aller, les seins commencent à gonfler; pas de fièvre. J'ordonne 30 grammes d'huile de ricin. L'enfant est emporté à la campagne pour être nourri au biberon.

Le 7, la journée est bonne, pas de fièvre; mais il paraît que le soir il y a des frissons comme il y en avait eu, du reste, plusieurs fois pendant la grossesse. La malade s'est endormie après ce frisson et s'est réveillée en moiteur. Quelques médecins verraient ici la fièvre de lait; mais le travail des seins, précisément, avait eu lieu bien avant. Le 8, à ma visite, je trouve la malade sans fièvre, et comme rien n'a plus reparu, je considère ce cas comme une des fièvres éphémères qui arrivent souvent après l'accouchement. Madame B. a continué de bien aller, mais le 10, ayant voulu rester trop levée, elle a été prise d'éblouissements et d'une hémorrhagie qui a cessé avec la position horizontale. Le 11, tout est bien. Je vois la malade le 12 pour la dernière fois.

OBSERVATION CCXVIII.

Multipare. — La faiblesse de la constitution ne prive pas toujours la femme de la faculté d'allaiter son enfant. — Doit-on suppléer par des aliments au manque de lait? — Les enfants nourris en dehors du sein montrent souvent plus tard les inconvénients de cette nourriture. — Les malaises de l'époque cataméniale comme premier signe de la gestation. — Le palper rectifiant l'époque présumée de la grossesse. — Accouchement à la

neuvième époque cataméniale. — Rupture prématurée des membranes. — L'écoulement des eaux amniotiques et l'hydrorrhée comme cause du travail. — La marche de la femme comme moyen de faciliter l'engagement de l'enfant. — Rotation incomplète. — Les circulaires au cou peuvent être cause de cette anomalie. — Naissance d'un garçon vivant. — Action du seigle ergoté portant sur la vessie. — Sympathie singulière entre le sein, le nombril et une cuisse. — Rétablissement de la femme sans fièvre.

Mme M... depuis son dernier accouchement (*V.* obs. CXX) s'était bien portée. Quoique grêle et délicate, elle a pu donner le sein à son enfant pendant 18 mois, mais non sans inconvénients. Ainsi le peu de lait et les efforts de succion ont d'abord provoqué une mammite qui s'est abcédée, et dès le 8me jour après la naissance on a commencé à donner des bouillies à l'enfant.

Cette manière de nourrir les nouveau-nés peut paraître souvent excellente, mais le bon état apparent des enfants est ordinairement trompeur, et la faiblesse, le rachitisme même en sont souvent la conséquence. Ainsi le fils de Mme M... n'a marché qu'à 11 mois et ses jambes sont restées arquées, son ventre gros, etc.

Quant à la mère elle n'en a pas souffert autant qu'on pourrait le supposer. A peine a-t-elle eu quelques migraines et quelques dérangements du corps pendant l'allaitement, les règles ont tardé plus d'un an à venir. Elles sont venues une fois, ont offert une interruption de deux mois, et puis elles sont revenues une seconde fois du 3 au 7 juin 1860, époque de laquelle date une 2me grossesse, qui est la présente.

A l'époque cataméniale de juillet les malaises ont été assez prononcés pour faire croire à l'écoulement du sang, mais il n'en a été rien ; aussi Mme M... a reconnu aussitôt qu'elle portait une nouvelle grossesse.

Ces malaises, comme on le voit, n'ont pas commencé avec la fécondation, mais avec la congestion cataméniale qui a suivi pour la première fois la fécondation elle-même, et par conséquent avec la souffrance utérine qui en est la conséquence. Les vomissements qu'a eus cette femme n'auraient rien eu de significatif, mais elle a eu de plus, au côté gauche du thorax, la même douleur qu'elle a ressentie pendant la grossesse précédente. Cette douleur, semblable à une brûlure, ne permettait même pas le contact de la chemise. Située sur l'étendue d'une main au bord des fausses côtes, cette douleur s'est propagée

toujours du côté gauche jusqu'à la crête iliaque. Il n'y a pas eu, comme à la grossesse précédente, de la toux réflexe et de l'oppression.

Cette femme est venue me voir dans le mois de janvier 1861, croyant qu'elle accoucherait dans les premiers jours du mois suivant, mais par le palper j'ai reconnu que la grossesse n'était pas encore à terme. La 9me époque cataméniale du reste correspondait aux premiers jours de mars. L'enfant était en présentation du sommet (O J D P).

C'est en effet le 6 mars 1861 que Mme M... a été prise de diarrhée et d'autres malaises qui chez elle précèdent la menstruation, et à 6 heures 1/4 du soir les eaux partent avant qu'il y ait eu des contractions douloureuses.

On vient m'appeler à 7 heures et je trouve le col effacé, mais si fortement en arrière que j'ai de la peine à l'atteindre avec deux doigts. La tête de l'enfant est déjà bien fixée sur le détroit supérieur. L'écoulement n'était pas ici de l'hydrorhée ; aussi, malgré l'absence des douleurs, j'ai prescrit de préparer le nécessaire pour l'accouchement. En effet, à 7 heures et demie, quoique la femme soit restée couchée, les douleurs commencent et se règlent bientôt à 5 minutes d'intervalle.

Je reviens à 8 heures 3/4 auprès de la malade, que j'avais laissée à 7 heures, et je trouve que les contractions se sont déjà rapprochées à 2 minutes, mais l'état du col n'a pas changé pour cela et la tête fœtale n'est guère plus engagée.

Je vais accrocher le col pour le retenir en avant, mais la tête ne descend pas pour cela, et, en attendant, les contractions se font presque permanentes. Pour favoriser la rotation et l'engagement du fœtus je fais lever et marcher la malade à 9 heures et demie, et, en effet, ce mouvement accélère le travail. La tête descend dans l'excavation, en même temps que la dilatation du col se complète et que les contractions se font plus espacées. Je relève la lèvre antérieure du col utérin, j'abaisse le plancher, et la tête franchit bientôt le détroit inférieur, mais sans avoir achevé la rotation. L'occiput reste en avant et à dro

J'opère la sortie de la tête à travers la vulve par la flexion et l'extension artificielles, sans que la rotation ait voulu se compléter. La lenteur du travail et surtout la rotation incomplète

m'ont fait penser à des circulaires autour du cou. Je passe le doigt, en effet, et j'en trouve quatre, mais pas assez serrées pour ne pouvoir pas être dégagées. Cela fait, j'ai accroché les aisselles, qui étaient en travers et qui ne seraient pas sorties dans cette position. Je dirige le diamètre bisacromial d'avant en arrière, de manière à porter l'occiput tout à fait en dehors et à droite, ce qui a permis d'extraire avec facilité les épaules et le tronc. (Il est 10 heures un quart.)

L'enfant est un garçon un peu maigre, mais vivace (2,860 gram.). Le cordon a 60 centimètres de long et est peu tordu. La délivrance a été faite 15 minutes après à l'aide de petites tractions. Ceinture sur le ventre de la femme; un gramme et demi de seigle ergoté administré en trois fois. Cette poudre n'a pas réveillé de tranchées, mais elle a donné des envies fréquentes d'uriner. Ce qui prouve pourtant que l'utérus est très-bien revenu sur lui-même, c'est qu'il y a eu peu de sang perdu dans la nuit, et le globe utérin est petit et dur sous la main.

Le 7, je trouve que ce globe est à deux doigts sous le nombril. La malade, qui, à l'accouchement précédent avait de la toux, de la dyspnée, et ne pouvait pas supporter la ceinture, se trouve à celui-ci dans un état meilleur. Potages, café au lait. L'enfant prend de l'eau sucrée et du lait coupé.

Le 8, la mère est très-bien, pas de fièvre, le fond utérin est à trois doigts sous le nombril, les seins commencent à gonfler, mais je conseille d'attendre encore avant de les présenter à l'enfant. C'est le 8 au soir que la mère a voulu mettre son garçon au sein, et à ce moment, comme dans la journée du 9, il s'est produit un phénomène singulier: chaque présentation, ou plutôt chaque succion des deux seins réveille à la fois des tranchées utérines, et une douleur assez aiguë dans la cuisse gauche. Dès que l'enfant a cessé de têter, la douleur de la cuisse cesse aussi; mais il survient pour quelques instants un prurit assez intense autour du nombril.

Le 10, sans qu'il y ait de fièvre, les mêmes phénomènes symphatiques se reproduisent, et ils sont plus marqués après la succion du sein gauche, qui a eu jadis des abcès, qu'après la succion du sein droit. Le premier sein, du reste, est moins facile à tirer, à cause de la rentrée du mamelon, et l'on est obligé d'employer quelquefois la pipe.

Le 11, comme la douleur de la cuisse ne cesse pas et revient à chaque succion, j'explore la partie douloureuse le long des vaisseaux fémoraux et je ne trouve aucun signe de phlébite. Du reste, il n'y a eu jusqu'ici ni frisson ni fièvre, preuve évidente qu'il s'agit uniquement d'un phénomène nerveux.

Le 12, la malade est bien, la cuisse est moins douloureuse et les démangeaisons du nombril ont cessé. Le 13 et les jours suivants les phénomènes symphatiques ou réflexes cessent même dans la cuisse. Il ne reste plus que de la sensibilité au sein gauche pendant la succion. L'allaitement a continué, mais il a été bientôt insuffisant et il a fallu ajouter du lait de vache.

OBSERVATION CCXXIV.

Multipare. — Mariage à un âge un peu avancé.— Ces femmes risquent d'avoir des enfants à l'âge où celles qui se sont mariées jeunes cessent d'en faire. — Ceci s'explique facilement pour moi, mais non d'après les idées reçues. — Grossesse ayant duré tout au plus 281 jours. — Premier accouchement prolongé suivi d'hémorrhagie. — Deuxième accouchement prompt sans hémorrhagie. — Troisième grossesse tardive et plus heureuse que les précédentes. — Influence de l'obésité sur la fécondation, la grossesse et le travail. — Utilité des petites manœuvres. — La ligature du cordon chez les enfants faibles ou fatigués, ne doit être faite qu'après la complète respiration. — Naissance d'un beau garçon. — Causes qui peuvent maintenir l'utérus élevé après l'accouchement. — Les tranchées ne vont pas toujours en augmentant à mesure que la femme fait des enfants. — Suites de couches heureuses; mais la station verticale et la fatigue prématurée ont occasionné une hémorrhagie grave qu'il a été difficile d'arrêter. — Injection de perchlorure de fer dans l'utérus.

Madame D..., native de l'Ain, habitant Paris depuis 1849, rue des Amandiers, est surveillante aux Halles centrales. D'une taille au-dessus de la moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une constitution non-seulement forte, mais obèse. Elle est âgée de quarante ans, et, à part une fluxion de poitrine et une fièvre typhoïde, elle n'a jamais eu d'autre indisposition que ses couches.

Réglée à seize ans, elle a continué de voir tous les mois à jour fixe, pendant sept à huit jours chaque fois, et sans aucun malaise.

Mariée à trente-deux ans, elle a eu ses règles le lendemain de ses noces (23 août 1853), et ne les a plus revues. Elle a accouché (le 29 mai 1854) le deux cent quatre-vingt-unième jour, après avoir eu des vomissements pendant toute la durée de la grossesse. Le travail a duré pendant cinq jours avec les plus vives souffrances, et une hémorrhagie grave a suivi la

délivrance. L'enfant, venu par la tête, est né vivant, mais il est mort à l'âge de trois ans, après avoir tété sa mère pendant quatre mois, puis il a été nourri au biberon.

Après vingt mois de vacuité, nouvelle grossesse pendant laquelle madame D... n'a vomi qu'une seule fois. Cette femme était alors cuisinière. Elle avait eu ses règles du 15 au 19 janvier 1856, et a accouché, le 19 octobre, d'un garçon qu'on a nourri au biberon. Il est mort à l'âge de dix-huit mois. Cette fois, le travail a d'abord duré un jour et une nuit, puis il s'est suspendu; enfin, il a repris et s'est terminé au bout de trois heures, sans être suivi d'hémorrhagie. Il est vrai que les sœurs de cette dame ont été sujettes aussi aux pertes de sang; mais il faut savoir que si cette fois le sang a moins coulé qu'à l'accouchement précédent, c'est que l'utérus, moins épuisé par le travail, est plus promptement revenu sur lui-même.

Après quatre ans de vacuité est survenue la présente grossesse, qui est, par conséquent, la troisième. Les règles ont paru pour la dernière fois dans la première quinzaine du mois du juin 1860.

A cette époque, madame D... était surveillante aux Halles, et elle a continué cet état pendant toute sa grossesse, qui, du reste, a été encore plus heureuse que les précédentes.

Dans les premiers jours de mars 1861, la malade est fatiguée et elle s'attend à accoucher d'un jour à l'autre. Son embonpoint considérable, du reste, la fait paraître encore plus avancée qu'elle ne l'est en réalité.

Le 13 de ce mois, à huit heures du soir, les mouches commencent; mais comme il y avait eu aussi des menaces les jours précédents, on ne m'appelle qu'à dix heures et demie.

A mon arrivée, je trouve que les contractions sont à cinq minutes d'intervalles; le col utérin est ramolli, entr'ouvert, mais non entièrement effacé. Le fœtus, que j'avais examiné les jours précédents au palper, est toujours en seconde position (O J D P), et sa tête est encore sur le détroit supérieur.

Je fais vider le rectum par un lavement, et la femme se promène jusqu'à 11 heures. La dilatation s'avançant toujours, j'opère à ce moment la rupture de la poche.

Avant d'aller plus loin, il est bon de faire remarquer l'em-

bonpoint de cette femme et l'influence qu'il a pu avoir dans tout ce qui précède.

L'embonpoint n'a pas empêché madame D..., quoique mariée tard, de devenir mère; cependant il faut savoir que l'obésité s'est montrée surtout dans ces dernières années, ce qui a fait peut-être que la durée de l'état de vacuité a été bien plus longue la dernière fois que la première. Cet embonpoint est ordinairement favorable à la grossesse; mais il n'est pas sans inconvénients pour le travail. La femme sanguine ne pourrait pas faire d'efforts volontaires violents et prolongés sans être menacée d'une congestion cérébrale ou pulmonaire. Pendant la grossesse et le travail, le palper abdominal, comme moyen de diagnostic, est moins clair, mais cependant il a été et est encore possible, pour peu qu'on le pratique avec attention; enfin, le toucher vaginal est lui-même gêné par le développement considérable des organes génitaux externes. Il me faut employer deux doigts et déprimer fortement ces parties pour pouvoir atteindre la tête fœtale.

Les contractions, quoique prononcées, ne font pas avancer beaucoup le travail, et la femme dit être soulagée de ses douleurs si on place sous le creux des reins un coussin roulé. Pour avancer les choses, j'aide la rotation fœtale par des manœuvres externes; je relève la lèvre antérieure du col jusqu'à la faire chevaucher; j'abaisse le plancher, qui est fort épais ici, et c'est après toutes ces manœuvres que l'engagement se prononce. Les contractions, qui avaient été à deux, trois et quatre ou cinq minutes, se mettent à six, et sont encore plus énergiques. A une heure et demie après minuit, la tête étant derrière la vulve, je la fais sortir par le moyen de l'extension artificielle.

J'ai opéré aussitôt la rotation des épaules et l'extraction du tronc en tirant sur les aisselles.

L'enfant est un gros garçon (3,920 grammes), un peu cyanosé; et quoiqu'on prescrive de couper le cordon le plus promptement possible dans ce cas, je préfère ne pas affaiblir les enfants et les exciter à bien respirer pour qu'ils absorbent le plus de sang possible. La chose est encore plus indiquée lorsque les enfants naissent faibles.

Délivrance, quatorze minutes après, à l'aide de légères tractions. Délivre sain.

L'utérus étant bien revenu sur lui-même, et l'heure de la nuit n'étant pas propice, je fais l'ordonnance seulement pour le seigle ergoté. On n'ira le chercher qu'en cas d'accident pendant la nuit; dans le cas contraire, on ira le chercher dès le matin, et on l'administrera quand même. Je me contente, la nuit, de serrer le ventre de la femme avec une ceinture avant de la quitter.

Le reste de la nuit s'est bien passé, et un gramme et demi d'ergot de seigle, administré le matin du 14, n'a pas réveillé de fortes tranchées, tandis qu'à l'accouchement précédent, ces douleurs avaient été très-vives. Bouillons, potages.

Le 15, la femme est très-bien, pas de fièvre. L'utérus, quoique près du nombril, est rétracté. Le soir les seins commencent à gonfler. Même régime. Le 16, la malade prend 40 grammes d'huile de ricin.

Il est curieux de voir que, même après avoir vidé la vessie et l'intestin, l'utérus, quoique rétracté, se maintienne presque de niveau avec le nombril, et surtout qu'il conserve une mobilité inaccoutumée. On pourrait, en tout autre cas, en accuser l'étroitesse du bassin, une tumeur ou autre cause de ce genre; mais ici il n'en est rien. L'obésité peut faire paraître l'utérus plus gros, mais non plus mobile. Des caillots sanguins remplissent-ils encore la cavité de cet organe ou le vagin, et ces caillots y sont-ils parce qu'il n'y a pas eu administration immédiate de seigle? C'est possible; car, malgré les tranchées et la rétraction, les efforts de la défécation ont fait sortir des caillots qui étaient sans doute dans le vagin, et dès le soir du 16, le fond utérin a bâillé de deux doigts.

Le 17, la malade est encore bien; mais les seins, le droit surtout, sont si durs le 18, qu'il y a menace de mammite. L'enfant a été envoyé, dès le premier jour, à la campagne, pour être nourri au biberon, et, par conséquent, les gerçures ou la fatigue du mamelon ne sont pas la cause de la congestion mammaire. Cataplasmes.

Le 19 et le 20, les seins vont mieux; il n'y a jamais eu, du reste, une minute de fièvre. La malade se lève le 21, malgré mon avis contraire, et se trouvant de mieux en mieux, elle va aux Halles dès les premiers jours d'avril.

La marche, la fatigue, et surtout la station verticale sont

nuisibles après l'accouchement, quoi qu'en disent les paysannes, qui reprennent leurs travaux quelquefois dès les premiers jours qui suivent la délivrance.

Ici, le 9 avril, à l'approche de l'époque cataméniale qui avait déterminé l'accouchement, du sang apparaît en abondance à la vulve et continue les jours suivants. Appelé le 16 avril, j'ordonne la position horizontale et quatre paquets d'ergots de seigle d'un gramme chaque, mais sans résultat. Le 17 au soir, j'ordonne une potion avec vingt gouttes de perchlorure de fer, sans plus de succès; le 18 avril, j'ordonne une potion de cent grammes avec deux grammes iodure de potassium et quinze gouttes teinture d'iode, enfin des douches d'eau fraîche sur le col utérin, sans être plus heureux.

La malade s'affaiblaissait de plus en plus, et sans sa constitution robuste, je ne sais pas ce qui serait arrivé déjà.

Le 20 avril, j'ai fait, à l'aide d'une sonde, une injection intra-utérine composée de deux parties d'eau distillée et une partie de perchlorure de fer, et ce remède à suspendu l'hémorrhagie sans retour et sans accidents.

Réflexions. — Outre les considérations auxquelles cette observation a donné déjà lieu, je ferai remarquer l'âge auquel la femme s'est mariée, et, malgré cela, le nombre des grossesses qu'elle a déjà eues. En effet, il est positif qu'une femme mariée fort jeune fait ordinairement ses enfants de bonne heure, et déjà à trente-cinq ou quarante ans, très-souvent à vingt-cinq ou trente, elle a cessé d'en faire. Les demoiselles, au contraire, qui se marient tard comme madame D..., commencent aussitôt qu'elles sont mariées, et continuent à faire des enfants à quarante et quarante-cinq ans, quelquefois même plus tard.

Si la femme faisait deux œufs à chaque menstruation, comme on le croit dans la science, elle devrait faire des enfants tant qu'elle est menstruée; mais non : c'est qu'elle en fait un ou deux par an, quelquefois même pas du tout dans le cours d'une année. Les choses changent lorsqu'il survient une excitation sexuelle, comme le mariage ou autre. Alors l'ovulation est plus hâtive, jusqu'à ce qu'enfin tous les œufs qui préexistaient dans les ovaires soient éclos. Cette époque

une fois passée, la femme ne devient plus mère, quand même le coït continue et que les menstrues persistent encore pendant plusieurs années.

OBSERVATION CCXXV.

Multipare. — Menstruation tardive dans les climats froids. — La prolificité tient-elle aux individus, aux familles, aux nations ou aux races? — Il faudrait savoir aussi si le climat et surtout si le retard de la menstruation n'ont pas d'influence sur elle. — L'énergie des fonctions des ovaires et de l'utérus n'est pas toujours en rapport avec la sécrétion mammaire. — Les femmes blondes sont-elles bonnes nourrices? — Symptôme singulier de la chute des poils aux organes génitaux pendant deux grossesses successives. — Influence générale de l'état puerpéral sur le système pileux. — Erreur à ce sujet sur la cause de la chute des cheveux. — La magnésie combattant à la fois le pyrosis et la constipation de la grossesse. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Rupture de la poche amniotique par l'action des contractions indolores. — Travail accéléré par de petites manœuvres. — Naissance d'une fille bien portante. — Rétablissement de la mère sans fièvre. — Le résultat pour la santé générale selon que l'accoucheur suit l'expectation ou l'intervention préventive.

Mlle M. B., native du grand-duché de Luxembourg, habite Paris depuis 4 ans, rue St-Thomas-d'Enfer, où elle est concierge. Agée de 27 ans et d'une taille au-dessus de la moyenne, cette femme est d'une excellente constitution et d'un tempérament lymphatico sanguin; elle a la peau fine, les cheveux blonds; elle n'a jamais été malade.

Réglée à 18 ans pour la première fois, quoiqu'elle fût alors aussi grande et robuste qu'aujourd'hui, Mlle M. B. fait remarquer que dans son pays la menstruation n'arrive guère avant cet âge. Quoique les règles arrivent tardivement, la vie utérine chez ces femmes n'en est pas moins active. Ainsi, la mère de cette malade a eu 15 enfants, sa grand-mère 9, et de ses tantes, qui sont quatre, aucune n'en a eu moins de 9 et 10. Sa mère a eu deux grossesses jumellaires. Les règles chez Mlle M. B. durent quatre jours.

Avant d'aller plus loin, il est bon de se demander quelles sont les causes de la prolificité en général et en particulier dans la famille de cette femme.

Chez les animaux, la prolificité est, à l'état de nature, en rapport avec le nombre des mamelles et varie suivant les espèces. Le climat chaud, la bonne nourriture, l'apprivoisement surtout, augmentent ordinairement le nombre des métis.

Dans l'espèce humaine, la prolificité se ressent aussi de ces causes; mais elle s'en montre indépendante sous beaucoup

d'autres rapports. Ainsi il est incontestable qu'il y a des familles où le nombre des enfants et les grossesses multiples sont un héritage que les mères laissent à leurs filles. On a même cru observer la prolificité héréditaire par la voie masculine. Une remarque que la statistique a fournie est que la prolificité est plus grande en Allemagne et en Angleterre que dans les contrées méridionales de l'Europe. Si on avait fait aussi la statistique en Russie, on aurait trouvé qu'elle est là à son maximum. Ces résultats tiennent-ils au climat froid ou à ce que la menstruation y étant plus tardive qu'au midi, ce retard permet l'éclosion des œufs à un âge où la femme est plus forte? Cette cause entre peut-être en ligne de compte; mais une remarque qu'on n'a pas assez faite est que les races slave et saxonne sont, sous le rapport de la prolificité, plus favorisées que les races grecque, celtique et latine. Or, nous savons que ces dernières ont peuplé les bords de la Méditerranée et les continents voisins. Si le climat froid seul pouvait influer sur la prolificité, les Lapons seraient les mieux partagés de tous, tandis que la chose n'a pas lieu.

Mlle M. B. a eu sa première grossesse à l'âge de 23 ans, et sans être indisposée en aucune manière pendant les neuf mois, elle a accouché d'un garçon qui vit encore et qu'elle a nourri au sein pendant 15 jours; mais voyant que son lait était insuffisant, elle a dû y ajouter le biberon. Le travail de l'accouchement a duré six heures, et les suites de couches se sont passées sans accidents.

Après deux ans de vacuité est arrivée la deuxième grossesse, qui est la présente. Mlle M. B. a eu ses règles pour la dernière fois les 15 et 16 juin 1860, c'est-à-dire pendant deux jours au lieu de quatre comme d'habitude. Dans cette grossesse il y a eu des nausées sans vomissements et du pyrosis. Pendant les premiers mois cette femme a pâli et maigri, puis elle a repris presque sa fraîcheur ordinaire. Elle était grosse de 3 mois lorsqu'elle vint me voir pour savoir si réellement elle était enceinte, et le palper me permit de donner une réponse affirmative.

J'ai eu lieu de voir cette femme peu de temps après, et elle m'a parlé d'un phénomène singulier. C'est la chute des poils du mont de Vénus et des grandes lèvres. Cette chute avait eu lieu

aussi à la grossesse précédente, mais seulement au neuvième mois. Cette fois, au contraire, elle a eu lieu au sixième.

Je demandai si pareille chose arrivait chez les femmes de son pays et surtout chez les femmes de sa famille ; car je sais combien les phénomènes physiologiques ou pathologiques de la vie utérine sont transmissibles par voie d'hérédité ; et, en effet, Mlle M. B. assure qu'une de ses sœurs résidant à Paris a présenté aussi ce phénomène dans la seule grossesse qu'elle a eue.

Ce fait m'ayant intrigué, j'ai voulu l'étudier sérieusement, et en examinant les organes génitaux j'y trouve un duvet presque invisible, tant il est court et fin. J'examine les poils des aisselles et ils sont de longueur normale. La souffrance des maladies occasionne souvent une diminution dans la sécrétion du système pileux, si bien que les ongles s'amincissent, les cheveux se font plus fins ; aussi ils se brisent facilement quand on les peigne.

Le cheveu restant étant à peine visible, on dit qu'il est tombé, mais le bulbe persiste et fait un cheveu fort dès que la santé se rétablit. La calvitie passagère ne reconnaît pas d'autres causes, et les mille ingrédients proposés pour y remédier ne valent pas le rétablissement de la santé générale.

Ici j'ai examiné les cheveux et les ongles, mais ces appendices, pas plus que les poils des aisselles, n'avaient diminué de volume. Tout se passait, par conséquent, dans le système pileux des organes génitaux.

Au milieu de janvier 1861 (époq. catam.), la malade est tourmentée par du pyrosis et par la constipation ; deux phénomènes peu compatibles en apparence, et cependant assez fréquents pendant la gestation. Une cuillerée de magnésie anglaise, après chaque repas, a suffi pour corriger les deux accidents.

La neuvième époque cataméniale correspondait au milieu de mars, et en effet, dès le 15 de ce mois, Mlle M. B. est souffrante au point de faire croire à un accouchement imminent, mais le vrai travail n'a commencé que le 17 par l'écoulement spontané des eaux, qui a eu lieu à 8 heures du soir.

L'écoulement des eaux, qu'on appelle prématuré ici, n'arrive pas sans contractions comme on pourrait le croire et comme cela a lieu souvent dans l'hydrorrhée. Les contractions existent, mais elles sont indolores et on peut dire dans ces cas

que les douleurs arriveront peu d'heures après qu'a commencé l'écoulement du liquide. Ici les mouches n'ont pas tardé en effet, et à minuit le travail étant bien déclaré, on m'a fait mander.

Arrivé à 1 heure 1/2 auprès de la malade, j'ai trouvé que le col utérin est effacé avec une dilatation de trois centimètres. L'enfant, comme le palper l'avait constaté depuis plusieurs semaines, est en première position du sommet (O J G A), les contractions sont à 4 minutes d'intervalle.

Je fais coucher la femme et pendant les contractions je relève le col utérin, la tête fœtale s'engage de plus en plus, et à deux heures elle arrivait déjà sur le plancher. J'ai aidé la rotation fœtale par des manœuvres externes, j'ai opéré la flexion et l'extension artificielles; enfin, j'ai fait sortir cette tête au dehors. La rotation intérieure des épaules s'est faite spontanément, et l'épaule ainsi que le bras antérieurs se sont dégagés avant les postérieurs. Le reste du tronc est sorti à 2 heures 3/4.

C'est une fille assez développée (3,190 gr.). Délivrance naturelle à 3 heures 5 minutes, moyennant quelques tractions. Placenta sain.

Je serre le ventre de la femme avec une ceinture, et au jour je fais administrer un gramme de seigle ergoté en deux paquets. Le reste de la journée se passe bien pour la mère et l'enfant.

Le 19, pas de fièvre, pas de tranchées, l'enfant prend du lait coupé, mais quoiqu'elle n'ait pas encore de liquide dans les seins, la malade veut les présenter à l'enfant. Potages, eau rougie.

Le 20, la mère est parfaitement, pas l'ombre de fièvre, les seins commencent à gonfler, et quoique l'enfant les tire tous deux, il n'est pas satisfait. On voit qu'ici, comme après le premier accouchement, le lait n'est pas suffisant pour nourrir cet enfant.

Voilà donc une femme dont la vie utérine est assez active, qui naît d'une famille prolifique et qui pourtant a peu de lait. Aurait-on pu le dire d'avance, sachant que cette femme est blonde? L'opinion qui considère les blondes comme mauvaises nourrices n'est pas vraie, si on la prend d'une manière absolue. Ce serait dire qu'en Russie, en Allemagne et en Angleterre, où les femmes sont presque toutes blondes, il n'y a pas

de bonnes nourrices; mais considérée d'une manière relative, la chose est vraie : ainsi, on trouve plus de mauvaises nourrices parmi les blondes que parmi les brunes. Devant choisir, toute chose égale d'ailleurs, on préférera donc, comme nourrice, une brune à une blonde. La couleur des cheveux, du reste, est le moindre des signes auxquels il faut s'arrêter pour le choix d'une nourrice.

Les jours des 21, 22, 23 et 24, se passent de mieux en mieux. La malade commence à se lever sans avoir eu une minute de fièvre; mais ce qui l'étonne le plus, est de trouver, cette fois, que ses forces et sa santé soient infiniment mieux qu'après l'accouchement précédent, sachant surtout que la dernière grossesse a été plus pénible que l'autre. La chose est facile à expliquer : c'est qu'à l'accouchement précédent, Mlle M. B... était restée six heures en mal d'enfant et avait perdu beaucoup de sang. A l'accouchement dernier, au contraire, j'ai tellement facilité les divers temps du travail, qu'il a à peine duré deux heures 3/4; enfin, j'ai donné du seigle pour forcer l'utérus à revenir immédiatement sur lui-même. Quand donc l'expectation cessera-t-elle d'être, comme on l'appelle, la première vertu des accoucheurs?

OBSERVATION CCXXVI.

Pluripare. — Influence réciproque de la vie utérine et de la santé générale chez la femme. — Influence de la faiblesse de la mère sur la constitution des enfants. — La grossesse gémellaire peut se trouver chez des femmes grêles et maladives. — Dans quels cas le sexe des deux enfants est le même. — Changement spontané de la présentation de l'enfant à une époque avancée de la grossesse. — Il ne faut faire la version céphalique artificielle que lorsque la version pelvienne est incommode ou permanente. — Moyens indirects de favoriser la version céphalique spontanée. — Nécessité de la sûreté du diagnostic de la présentation, le palper seul peut donner cette sûreté. — Accouchement à la dixième époque cataméniale. — Travail prompt. — Quand l'accoucheur doit-il s'abstenir de s'absenter pendant les douleurs de l'enfantement. — Naissance d'une fille saine mais non développée comme à dix mois. — La longueur trop prononcée du cordon expose à bien des accidents. — Fièvre éphémère chez la femme; ses causes multiples. — Prompte guérison.

Madame P..., native du Calvados, qu'elle a habité pendant 16 ans, n'est à Paris que depuis 2 ans. C'est une ménagère âgée de 32 ans, d'une taille au-dessous de la moyenne et d'un tempérament lymphatico-sanguin. Elle n'a eu que la fièvre typhoïde; mais sa constitution a toujours été délicate.

Réglée à quatorze ans, elle a toujours été tourmentée par

les pâles couleurs, et une de ses passions pendant ces malaises était celle de manger du sel de cuisine. La menstruation une fois bien établie, le sang a coulé chaque mois pendant trois jours, en avançant chaque fois de deux ou trois jours. Chose assez rare, elle ne souffrait pas à ce moment avant d'avoir eu son premier enfant, tandis qu'elle souffre depuis cette époque.

Mariée à l'âge de 26 ans, elle est restée enceinte au bout d'un an, et a accouché à terme après 15 heures de travail. L'enfant, qui était un garçon, est mort au bout de 30 jours.

Après 18 mois de vacuité pendant laquelle est survenue une maladie utérine qui a nécessité des cautérisations, a commencé une deuxième grossesse bien plus maladive que la précédente. L'accouchement a eu lieu aussi à terme, et en une demi-heure de temps, quoique l'enfant fût hydrocéphale. Cet enfant n'a pas vécu, et la mère, qui avait été très-fatiguée avant l'accouchement, a été malade encore trois mois après.

Après deux ans de vacuité est arrivée une troisième grossesse, que la malade dit avoir portée pendant dix mois, et, en accouchant, elle mit au monde deux filles, dont l'une est morte à 4 mois, et l'autre vit encore. Celle-ci, venue la première, était la plus forte, et se présenta par le sommet. La seconde se présenta par les pieds, et on dut l'extraire à l'aide de tractions.

Avant d'aller plus loin, faisons quelques remarques. Nous voyons ici un état général assez mauvais, et cependant la vie utérine est fort active. Ceci prouve une certaine indépendance entre les deux; mais si le nombre des œufs est considérable chez cette femme, la qualité en est mauvaise, ce qui tient surtout à la constitution maladive de cette dame. Une autre remarque à faire est celle du sexe des deux enfants : ainsi, la deuxième s'étant présentée immédiatement après la première, elle se trouvait dans le même sac amniotique. Or, je ne connais pas encore d'exemple où deux jumeaux, renfermés dans le même amnios, aient été de sexe différent. Une dernière remarque est relative à la présentation des deux enfants et à l'influence qu'a cette présentation sur le développement et sur la santé des deux.

On avait, dans les temps anciens, remarqué ce que les enfants venus par les pieds semblaient offrir d'exceptionnel,

même pour les qualités morales. Ces idées ont disparu, et depuis la fin du XVIIIe siècle on a dit que la présentation des pieds est tout aussi naturelle que celle du sommet de la tête. Le fait que je viens de décrire, après beaucoup d'autres, suffit à prouver que, dans les grossesses gémellaires, l'enfant qui se présente par la tête est plus développé que celui qui se présente par les pieds, d'où il faut conclure qu'on doit changer la présentation, comme je le dirai dans un instant.

Après deux ans de vacuité, madame P... a eu une quatrième grossesse, qui est la présente. Les dernières règles ont paru du 10 au 15 mai 1860. Les débuts de cette grossesse ont été assez bons; cette femme se trouvait alors au Havre. De retour à Paris, le 15 janvier 1861, elle a été bientôt fatiguée par les soins qu'elle a donnés à sa fille. Celle-ci a été prise d'une pneumonie que j'ai soignée moi-même; et ayant palpé en même temps le ventre de la mère, j'ai trouvé qu'elle portait un fœtus situé en présentation du sommet.

Au milieu de février, cette dame change de logement, et se trouvant bien plus mal après cela, elle me fait demander le 18 de ce mois. Les malaises qu'elle ressent consistent en douleurs au bas-ventre et aux lombes. Les mouvements actifs de son enfant, qui étaient indolores, sont maintenant situés tout à fait en bas et fort douloureux. Je palpe le ventre et je trouve que la présentation a changé. La tête fœtale, au lieu d'être en bas sur le détroit supérieur du bassin maternel, est en haut et à gauche, le tronc est à droite et en arrière. Je pratique le toucher vaginal et ne trouve sur le détroit aucune partie fœtale qui puisse me renseigner. L'auscultation trouve bien les pulsations cardiaques en arrière et à droite, mais le maximum ne peut pas être assez précisé pour décider seul de la présentation. Sans la sûreté du palper, qu'on ne saurait trop cultiver, je n'aurais pas pu porter un diagnostic positif. Mais fallait-il faire aussitôt la version céphalique par manœuvres externes? Au début de mes recherches cliniques, j'aurais fait peut-être immédiatement cette opération, mais l'expérience m'a appris que le fœtus peut quelquefois la faire tout seul. Aussi je me borne désormais dans ces cas à voir si la nature ne se suffit pas seule, ou si on peut la favoriser dans son opération. D'après ce que j'ai vu, la position horizontale au lit est pour les

femmes la moins incommode dans ces cas, et cette position permet au fœtus de faire le plus facilement la culbute.

Je fais la version céphalique par manœuvres externes, après m'être assuré pendant plusieurs jours d'observations que la présentation pelvienne persiste malgré l'approche du travail, à moins que cette présentation ne soit très-incommode ou ne menace de provoquer un accouchement prématuré. Lorsqu'on est sûr du diagnostic, du reste, et qu'on n'occasionne pas d'accidents par les manœuvres, on peut, sans inconvénients, faire et refaire la version céphalique à toutes les époques de la grossesse.

J'ai, d'après ce qui précède, prié M^me^ P... de se tenir au lit le plus longtemps qu'elle le pourrait; de plus, j'ai ordonné un régime amylacé et des lavements laudanisés pour corriger la diarrhée dont elle était atteinte. Cette diarrhée pouvait être aussi causée par les mouvements fœtaux qui portaient sur le segment inférieur de l'utérus.

Ces moyens ont soulagé un peu la malade de sa diarrhée et de ses douleurs, mais la présentation pelvienne était encore la même aux derniers jours de février.

Le 6 mars, je vais voir la malade et je ne la trouve pas seulement guérie de ses malaises et de sa diarrhée, mais son enfant est cette fois en première position du sommet (O J G A); la version céphalique s'est, par conséquent, faite spontanément et dans le sens le plus facile, le plus heureux.

La neuvième époque cataméniale correspondait vers le 15 février, et, comme nous venons de le voir, la malade avait été bien souffrante; mais heureusement pour elle et pour son enfant, le traitement auquel je l'ai soumise aidant, le travail n'a pas eu lieu. C'est le 17 mars, à onze heures du soir, qu'il commence, c'est-à-dire à la dixième époque cataméniale.

Dès que cette femme se sent en mal d'enfant, elle se rend à ma maison d'accouchement, mais la garde ne trouvant pas le travail assez avancé, ne m'appelle auprès d'elle que le matin du 18, à huit heures.

A ma visite je trouve le col effacé avec une dilatation de cinq centimètres; la poche est intacte et l'enfant, en première position, a déjà la tête dans le petit bassin. Comme il n'y a pas de contractions bien vives et que la poche est intacte, je vais faire à la hâte quelques visites pressantes pour revenir à neuf heures

et demie. Je montais l'escalier précisément lorsque l'enfant franchissait la vulve.

A neuf heures un quart, la poche s'était percée spontanément, et en quelques douleurs l'expulsion fœtale avait eu lieu. Si la garde n'avait pas été là, mon absence aurait mis cette femme dans l'embarras.

L'enfant nouveau-né est une fille bien portante, mais de volume médiocre (2,910 gram.), sachant surtout que la grossesse a eu, autant qu'on peut le dire, 10 mois de durée.

Ici le cordon ombilical est d'une longueur démesurée, et porte un nœud bien formé, mais pas assez serré cependant pour interrompre la circulation. La délivrance a eu lieu à dix heures, moyennant quelques petites tractions; placenta sain. La longueur du cordon et le nœud n'auront-ils pas pu rendre la circulation assez lente pour expliquer le retard du développement fœtal et la grossesse prolongée? Ce fait, après bien d'autres, tend à me le faire croire.

J'administre à cette femme un gramme de seigle ergoté en deux paquets, et lui serre le ventre avec une ceinture. Bouillon, potage.

La journée du 18 et la nuit sont bonnes pour la mère et l'enfant. Le 19, il n'y a pas l'ombre de fièvre; l'enfant a une nourrice au sein qui l'emporte à la campagne.

Tout allait bien lorsque, dans la nuit du 19 au 20, la malade a des frissons suivis d'une fièvre qui aurait duré une heure. Le 20, à ma visite du matin, le pouls est calme, le globe utérin seul est un peu plus sensible à la pression qu'hier, et il y a des tranchées assez vives. Comme il n'y a rien d'alarmant, je me borne à prescrire des injections vaginales, des lavements, et ne suspends pas pour cela le chocolat, les potages et l'eau rougie.

Dans la soirée, il y a un peu de céphalalgie avec chaleur à la peau et soif. Le pouls reste pourtant à 72; aussi je ne fais rien, et, le 21, la fièvre ne se répète pas. Le 22 et les jours suivants, la femme va de mieux en mieux. Elle quitte la maison le 26 pour aller se reposer encore pendant quelques jours chez elle.

Réflexions. — A quoi a tenu le peu de fièvre qu'a eu cette

femme? On ne dira plus que c'était la fièvre de lait, car les seins chez cette femme ne se sont même pas gonflés. Bien d'autres causes ont pu l'occasionner, mais si je dois m'arrêter à celle qui est ici la plus probable, la réaction tenait au travail de réparation de la muqueuse utérine, travail qui se fait le plus souvent sans fièvre. La tension douloureuse de l'utérus et les tranchées secondaires qui l'ont accompagnée me paraissent prouver suffisamment la justesse de mon opinion.

OBSERVATION CCXXVII

Pluripare. — L'attachement fait oublier les souffrances et les devoirs. — Difficulté du diagnostic dans les premiers mois de la grossesse. — Le palper abdominal, combiné surtout avec le toucher vaginal, est le meilleur moyen pour l'établir. — Différence entre l'état d'antéversion et de rétroversion de l'utérus, entre l'excès d'étroitesse et d'amplitude du bassin pour ce diagnostic. — Le traitement de l'aménorrhée ne suffit pas pour provoquer l'avortement. — Les gaz intestinaux développent souvent le ventre dans les premiers mois de la gestation. — Triste alternative entre le déshonneur et le suicide. — Rôle moral de l'accoucheur, son impossibilité à faire obtenir ici le mariage. — Une tentative de suicide par asphyxie amène l'avortement. — Action des fortes souffrances sur les contractions utérines. — Symptômes de résorption putride. — Péritonite et phlegmon consécutifs. — Ouverture de l'abcès dans le péritoine. — Guérison. — Le seigle ergoté administré préventivement aurait peut-être conjuré tout cela.

Mademoiselle C..., depuis son accouchement (v. Obs. CLX), s'est assez bien portée, ses règles sont revenues au bout de cinq semaines et ont continué tous les mois en avançant chaque fois de cinq jours.

Mademoiselle C... a eu ses règles comme d'habitude, du 22 au 24 octobre 1860. Seulement au lieu d'avancer de cinq jours, comme à l'ordinaire, elles n'ont avancé que de deux. Elle a eu des rapports sexuels le 27 octobre, le 1, le 6 et le 11 novembre. Elle attendait ses règles le 19 de ce même mois; mais elles ne sont pas venues. Tout au contraire, mademoiselle C... a perdu l'appétit, a eu un sentiment de chaleur au bas-ventre, des douleurs aux reins, et enfin elle a vu ses seins grossir.

Le 28 novembre, elle vient me consulter, et en palpant le ventre je ne puis pas atteindre de tumeur utérine. Le toucher vaginal trouve la matrice en rétroversion. On ne peut atteindre le corps utérin qu'en passant le doigt sous le col, qui est relevé. Le corps est un peu plus mou et plus volumineux qu'à l'état normal, mais pas assez pour qu'on puisse le saisir entre le palper et le toucher. Tout au contraire, je puis limiter entre les

doigts externes et le doigt interne l'épaisseur des parois du bas-ventre. Cet examen ne me permet pas de dire s'il y a ou non grossesse; mais comme en pressant les fosses iliaques, je trouve la région ovarienne droite plus douloureuse que la gauche, je crois pouvoir dire qu'il y a eu au moins ovulation du premier de ces côtés.

Dans le doute, je fais prendre dans le cours du mois un laxatif et du sous-carbonate de fer. A l'approche de l'époque cataméniale de décembre, j'ordonne des pédiluves sinapisés, c'est-à-dire des moyens qui auraient pu provoquer la menstruation dans le cas d'aménorrhée simple, et n'auraient pas pu nuire dans le cas de grossesse.

Les règles ne viennent pas en décembre, et la malade, justement préoccupée, vient me consulter encore le 4 janvier 1861. Je palpe le bas-ventre, et encore cette fois il m'est impossible de trouver une tumeur utérine bien circonscrite. Le toucher vaginal n'est pas clair à cause des tumeurs stercorales qui distendent le rectum, de sorte que j'ordonne un purgatif, et je dis à la femme de revenir le 7.

Ce jour-là j'explore l'utérus par le palper et le toucher, soit seuls, soit combinés, et le diagnostic reste encore obscur. Le col est plus ramolli, le corps est un peu plus volumineux qu'au dernier examen, mais il est tellement en rétroversion que je ne puis pas le circonscrire entre le palper et le toucher, ou, si je le circonscris, il est trop mou pour que j'en apprécie le volume. Il ne m'était pas encore arrivé de rester dans l'incertitude à cette époque de la grossesse, car elle devait être au moins de deux mois (depuis le 11 janvier il n'y avait plus eu de rapports sexuels).

Comme, à cette visite, la région ovarienne droite est encore plus douloureuse, je prescris des bains généraux et la continuation des emménagogues à l'approche de l'époque cataméniale (pilules purgatives, pédiluves sinapisés).

Ce traitement, suivi les 19, 20 et 21 janvier, a fait apparaître les symptômes qui accompagnent la menstruation et jusqu'à l'apparition de quelques gouttes de sang. Ce qui effraye surtout la malade est le volume du ventre, lequel indiquerait sept à huit mois de grossesse.

Le 3 février la malade vient me voir, et je reconnais que la

distension du ventre tient à des gaz intestinaux ; mais si ces gaz gênaient un peu le palper, ils laissent soupçonner aussi la grossesse. En effet, je procède à un examen encore plus minutieux, et je trouve par le palper que le détroit supérieur, sans offrir une tumeur nette, arrondie, est cependant empâté, et cet empâtement peut être ballotté en combinant le toucher vaginal avec le palper. Le col est plus ramolli et un peu plus abaissé. La pression faite en divers sens sur ce col fait mouvoir le corps utérin avec moins de facilité. Pour conclure, les doutes d'une grossesse commencent à toucher à la certitude. Seulement l'utérus très-flasque se tient en rétroversion à la faveur de l'amplitude du bassin, tandis qu'à cette époque de la grossese il es ordinairement en antéversion et plus résistant.

Je ne fais pas part de ma conviction à la malade, parce qu'elle m'avait tenu déjà des propos de désespoir. Je la laisse dans l'incertitude en attendant l'époque cataméniale suivante, et n'ordonne plus rien comme médicament.

Cette réserve, loin de calmer le moral, alarme tellement mademoiselle C..., que le 18 février, elle vient me dire qu'elle se reconnaît absolument grosse, et, qui plus est, si je ne provoque pas l'avortement, elle se détruira.

Un autre examen me confirme encore plus dans le diagnostic, et j'affirme en effet à cette femme qu'elle est grosse, mais que je ne provoquerai jamais l'avortement. Les considérations morales, sociales, religieuses même, que je lui soumettais, ne pouvaient pas arrêter sa résolution ; en voici une pourtant qui fit de l'effet. Je lui dis que c'était précisément l'occasion de provoquer un mariage qu'elle n'avait pu obtenir jusque-là malgré les promesses. Je me chargeai moi-même d'aller voir pour cela l'amant qui avait de nouveau quitté la femme aux premiers soupçons d'une deuxième grossesse.

Je me présentai, en effet, chez cet homme qui était chef d'atelier et qui jouissait d'une belle aisance. Je lui fis voir la triste position dans laquelle il avait mis cette femme une première fois. Elle avait dû quitter sa famille, où elle était nourrie, pour vivre de son propre travail et nourrir son enfant ; non-seulement il l'avait abandonnée en ces tristes moments, mais, profitant une seconde fois de son isolement, il s'en était rapproché pour la tromper et l'abandonner de nouveau. Aucun reproche

ne pouvait être adressé par lui à mademoiselle C..., si ce n'est d'avoir de l'attachement et de la faiblesse pour lui. Puisqu'elle était si bonne femme de ménage et si bonne mère dans une position modeste, elle saurait l'être encore plus en qualité d'épouse et de femme aisée. Enfin je lui dis que la résolution de mademoiselle C... était prise : elle voulait se suicider, et que moi seul, en lui donnant des espérances de mariage, l'en avais empêchée. Les réponses de cet homme furent d'abord évasives, et comme mon indignation augmentait avec son indifférence, je finis par lui dire que s'il avait le plus faible sentiment d'honneur et d'humanité, il devait épouser cette femme puisqu'il était libre.

Cet homme promit qu'il irait voir mademoiselle C... le lendemain, et cette nouvelle ranima ma cliente ; mais comme elle ne comptait guère sur les résultats de ma démarche, elle me dit que si, dans huit jours, l'amant n'était pas venu, elle se détruirait; elle me chargea de ne jamais dire qu'elle mourrait enceinte et de recommander son enfant à ses parents.

Ce triste spectacle devait précisément tendre à se réaliser, et le 8 mars on m'appelait auprès de cette femme en me disant qu'elle était moribonde par suite d'une hémorrhagie.

Je me rendis auprès de la malade, croyant avoir à faire à un avortement provoqué, et voici ce que la malade même m'apprit.

L'amant n'étant pas venu, elle avait décidé de s'asphyxier avec du charbon. La veille (7 mars), elle était allée faire visite à ses principaux parents comme pour leur donner un dernier adieu. Elle avait laissé son fils auprès de son père et de sa mère avec lesquels elle avait fini par se réconcilier, à la condition de ne plus jamais recevoir l'auteur de sa première grossesse.

Rentrée dans sa chambre, elle avait allumé un grand brasier de charbon sur le milieu du plancher, et là elle s'était assise en attendant la mort. Au bout de quelque temps elle s'était assoupie, et quelle n'avait pas été sa surprise le lendemain matin lorsqu 'elle reprit quelque connaissance et qu'elle se trouva couchée près de la croisée au milieu d'une mare de sang, et glacée de froid.

Probablement dans un mouvement instinctif elle s'était traînée vers la croisée pour l'ouvrir ou pour respirer, et elle n'avait

pas pu le faire ; mais ce qu'elle ne comprenait pas est précisément qu'avec le sang perdu elle eût rendu l'œuf. La matrice, en effet, correspond aux souffrances générales par des contractions, ce qui fait que, avant, pendant ou après l'agonie, une femme grosse finit presque toujours par avorter.

Revenue le matin à elle-même, cette femme avait pu jeter les caillots et l'œuf dans un vase, prier sa concierge de venir me chercher, et se coucher presque sans vie sur son lit. A mon arrivée, le sang était arrêté ; mais la face était décomposée, les yeux caves, la langue sèche, la peau brûlante et le pouls à 130.

Je n'ordonne que des moyens de la réconforter (bouillons, potages, eau rougie). En attendant, je vais avertir les parents pour qu'ils veuillent recevoir la malade chez eux, car il était impossible de la soigner dans sa chambre, et la chose a eu lieu sans qu'ils se soient doutés de la cause de l'accident. Tout a été attribué à une énorme perte de sang qui aurait eu lieu pendant le sommeil.

Le 9 au matin, le moral de la malade est tout à fait bien et le physique est dans un état passable : pouls à 100, ventre souple. Même état le 10 au matin, mais dans l'après-midi il y a de la fièvre sans frissons marqués, il y a de la céphalalgie et des selles fréquentes.

Le 11, je vois la malade à 2 heures après midi, et je la trouve fatiguée : pouls à 120, peau chaude et sèche, soif excessive avec dessèchement de la langue, comme dans la fièvre typhoïde. La pression du bas-ventre est peu douloureuse partout, si ce n'est dans la fosse iliaque gauche.

Ici je me repens de n'avoir pas administré le seigle ergoté le premier jour, quoiqu'il se fût agi d'un avortement. Evidemment l'utérus après l'expulsion de l'œuf n'était pas revenu suffisamment sur lui-même, et une résorption s'en était suivie.

J'ordonne immédiatement l'ipéca stibié, et lorsque la malade aura vomi une potion quinique, on mettra des cataplasmes sur le ventre et on administrera des lavements et des injections émollientes.

Le 12, la malade est un peu mieux. Mais la fosse iliaque gauche se fait très-douloureuse, et la diarrhée ne suffit pas à expliquer cela. Par le palper, du reste, on sent un empâtement qui fait craindre un phlegmon ou tout au moins une phlébite par-

tielle. J'ordonne dix sangsues *loco dolenti*, et la continuation des émollients. Comme le sommeil est difficile ou nul, je prescris pour le soir une pilule de cynoglosse de 15 centigrammes; bouillons, potages légers, on continue la potion quinique.

Le 13, l'état général est mieux; on voit que la résorption a cessé, mais l'état local empire, le ventre est ballonné; aussi j'ordonne un bain général et des frictions avec de l'onguent gris belladonné.

Le 14, les symptômes de métropéritonite sont moins marqués, le ventre est moins volumineux et moins sensible, l'inflammation se circonscrit à la fosse iliaque gauche. On continue la friction, les émollients, et on suspend le reste.

Le 15, l'état général continue à être bien, l'inflammation locale explique le pouls, qui est encore à 100. Le 16, le mieux semblait devoir continuer, mais dans l'après-midi il y a une recrudescence fébrile et surtout une envie fréquente d'aller à la selle sans rien faire, même en prenant des lavements.

Le 17, à ma visite, je trouve le côté gauche du petit bassin occupé par une tumeur encore plus marquée et plus douloureuse que les jours précédents; mais quelle n'est pas ma surprise lorsque pendant l'exploration je sens cette tumeur disparaître subitement, sans que la malade ait accusé de douleur. Est-ce un vent ou un bol fécal qui s'est déplacé? Est-ce une poche purulente qui s'est ouverte dans le péritoine ou dans l'intestin? Je ne puis le dire sur le moment.

Dans la soirée, en effet, le ventre se fait plus douloureux et plus ballonné. Le bas-ventre et surtout le côté droit, qui n'avaient pas été douloureux jusque-là, deviennent aussi sensibles que le reste de l'abdomen. Il n'y a pas eu de selles; bien plus, l'envie de rendre des matières fécales a disparu.

Le 18, la femme est très-malade; le ballonnement du ventre rend la respiration difficile, la sensibilité est excessive sur tout l'abdomen, et la pression de la fosse iliaque ne laisse plus percevoir de tumeur comme la veille. Il y a des vomissements, et avec cela le pouls reste à 100. Je ne vois dans cet appareil qu'une péritonite généralisée par suite de l'épanchement du pus qui a eu lieu hier dans la cavité séreuse. Comme le pouls reste à 100, il n'y a guère de résorption, et ceci me ras-

sure; aussi je me contente d'ordonner des cataplasmes émollients, de la tisane abondante et la diète. On me dit en ce jour qu'une sœur de la malade est morte de péritonite pendant qu'elle était demoiselle, et les autres membres de la famille donnent quelques craintes de tubercules, mais je ne m'effraie pas pour cela.

En effet, le 19, le ventre est moins tendu, la malade est plus calme, moins de vomissements; il y a eu de petites selles très-fétides, mais non purulentes.

Le 20, le ventre est plus souple, surtout à sa partie supérieure, et la percussion comme le palper trouvent un empâtement généralisé dans tout l'hypogastre. Mêmes prescriptions.

Le 21, la malade était encore mieux pour l'état général, mais le bas-ventre semble se gonfler un peu plus. Je l'examine avec soin et je constate une fluctuation manifeste. Evidemment la péritonite a été cause de cet épanchement; de plus, il y a de fâcheux que la malade vomit presque tout ce qu'elle prend, même le bouillon; elle ne garde que la tisane de graine de lin prise en petite quantité, et on s'en tient là pendant qu'on continue les topiques. Le pouls, du reste, n'est qu'à 90.

Le 22, la malade est décidément mieux et commence à supporter le bouillon froid ainsi que les sorbets glacés. Le 23 et le 24, le mieux continue et la résolution commence à se faire. Le 26, le bas-ventre, examiné à la percussion et au palper, offre à peine du liquide appréciable.

Dans ces jours apparaît le muguet, mais à l'aide de collutoires astringents, et surtout de toniques à l'intérieur, tout disparaît. La malade est devenue convalescente, et il ne lui restait qu'un empâtement douloureux dans la fosse iliaque gauche, empâtement que nous avons fait disparaître insensiblement à l'aide des frictions iodurées, des bains généraux, et surtout avec le régime réparateur.

OBSERVATION CCXXVIII.

Multipare. — Valeur de la toux pendant et après la grossesse. — Incertitudes de l'auscultation pour reconnaître les tubercules pulmonaires dès leur origine. — Influence réciproque de l'état puerpéral et de la phthisie. — La diathèse tuberculeuse se montre tard chez les enfants. — Le trouble des règles rend incertains les débuts de la grossesse. — Diagnostic de cet état à deux mois, par le toucher combiné avec le palper. — Erreurs graves auxquelles expose l'admission de la fièvre de lait. — Quelles étaient les idées

régnantes sur ce sujet avant mes travaux, et quelles ont été ces idées après. — Les accidents de résorption auxquels on est exposé quand on ne prend pas les précautions que j'ai signalées. — Rapport entre les maladies puerpérales des hôpitaux et celles de la clientèle civile à Paris. — Naissance à terme d'un garçon bien portant. — Guérison de la mère.

Madame P..., native de Paris, où elle a toujours demeuré, est une femme d'intérieur, âgée de vingt-cinq ans, de taille un peu au-dessous de la moyenne, d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une constitution sèche mais saine. (Jamais de maladies graves.)

Réglée à treize ans, elle a continué de voir tous les mois à jour presque fixe, et chaque fois, pendant trois jours, sans souffrir. Mariée à dix-neuf ans, elle a eu une première grossesse qui s'est terminée à huit mois; depuis celle-ci elle en a eu quatre autres à terme, et chaque fois elle a eu des enfants vivants. Elle n'a jamais nourri et les couches ont été toujours heureuses, si ce n'est après la troisième qu'elle a été prise d'une toux assez pertinace. Cette toux n'a pas empêché madame P.... une quatrième et une cinquième fois de devenir grosse et d'accoucher comme auparavant. Le dernier accouchement a eu lieu en février 1860.

Après cinq mois de vacuité a commencé la grossesse suivante, qui est la sixième, mais avec des particularités qu'il n'est pas inutile de signaler.

Après la dernière couche, la malade est restée trois mois sans revoir ses règles, et ce retard avait déjà inspiré des craintes de grossesse, lorsqu'enfin les règles sont venues le quatrième mois, comme d'habitude (fin mai 1860).

La malade les attendait à la fin de juin, mais elles ne sont pas revenues; il y avait alors grossesse.

Tout allait assez bien, lorsque dans les premiers jours de juillet la malade est prise de douleurs intercostales qui rendent la respiration difficile sans qu'il y ait pour cela beaucoup plus de toux. Appelé auprès de la malade, je reconnais par la sensibilité qu'occasionne la pression intercostale aux points d'émergence des nerfs qu'il s'agit d'un phénomène nerveux. Il n'y avait, il est vrai, ni fièvre, ni hémopthisie, ni expectoration abondante, ni autre symptôme prononcé de tuberculisation; mais, attendu l'ancienneté de la toux et la constitution sèche de la malade, j'ai percuté et ausculté les deux poumons

avec soin sans rien trouver de significatif pour admettre une tuberculisation. Pas de matité, pas de râles, de craquements ou de rudesse dans la respiration.

L'irrégularité de la menstruation laissait la malade dans l'incertitude d'une grossesse, mais en combinant le palper abdominal avec le toucher vaginal, j'ai trouvé l'utérus en antéversion et assez gros pour dépasser le pubis droit, vers lequel il était dirigé; aussi je n'ai pas craint d'affirmer une grossesse. La névralgie intercostale coïncidant précisément avec une congestion cataméniale, venait en quelque sorte confirmer la grossesse, aussi je n'ai rien prescrit. J'ai dit seulement que j'aurais agi si la douleur continuait les jours suivants, et elle disparut spontanément avec la cessation de la congestion utérine.

Le reste de la grossesse s'est bien passé, et la neuvième époque cataméniale aurait dû apporter l'accouchement à la fin de mars 1861. Mais c'est le 10 de ce mois qu'il a eu lieu.

Dans cette circonstance, comme dans tous les accouchements antérieurs, madame P.... s'est fait assister par une sage-femme à la quelle elle était habituée. Après neuf heures de travail est né un garçon bien portant et tout est allé bien jusqu'au 14 mars.

Dans ce jour apparaissent des frissons suivis d'une fièvre ardente, de tranchées vives et d'une toux plus incommode que d'habitude. La sage-femme juge que cet appareil de symptômes n'est que la fièvre de lait, et se contente d'employer quelques émollients. Les jours suivants, en effet, la malade va mieux, et les 17, 18, 19, elle se lève même un peu.

Le 20, dans la nuit, reviennent les frissons, la fièvre et les douleurs abdominales ; mais dans la pensée que c'est encore la fièvre de lait, on ne fait rien. Ces symptômes se répètent les 21 et 22; enfin, dans la soirée du 23, la fièvre est si forte qu'il y a du délire. C'est alors qu'on m'appelle pour voir cette femme.

A ma visite, je trouve la malade abattue, ayant les traits du visage altérés, la bouche sèche et la poitrine oppressée, sans pourtant qu'il y ait de toux. Avec cela, le ventre est douloureux à la pression dans la région hypogastrique ; le pouls est à 120.

Ce qui, pour beaucoup de médecins, aurait constitué la fièvre de lait dans le premier accès, a été pour moi le signe d'une première résorption, et les symptômes consécutifs n'ont été que l'inflammation des vaisseaux utéro-ovariques, que les matières toxiques avaient traversés en premier lieu.

Sans doute peu de médecins auraient cru à la fièvre de lait lors de la reprise des symptômes; mais il suffit de lire ce qu'on a écrit jusqu'en 1855, pour voir que la fièvre de lait était considérée comme normale. J'ai entendu, de mes propres oreilles, M. Dubis faire, en 1855, des cliniques pour donner les caractères différentiels entre ce qui devait être la fièvre de lait et ce qui ne l'était pas. Dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, j'ai nié, au contraire, la fièvre dite *de lait*, et dix ans de recherches ultérieures m'ont confirmé dans cette manière de voir. Depuis 1855, aussi, j'ai vu la fièvre de lait disparaître de la clinique de la Faculté; mais pour qu'on ne m'en sache pas gré, on veut faire remonter ces idées à une époque bien plus antérieure à 1855.

Les indications chez cette malade étaient bien claires : 1° arrêter la résorption qu'on aurait pu éviter, du reste, en faisant rétracter l'utérus immédiatement après la sortie du fœtus, comme je le fais, par le moyen du seigle ergoté; 2° neutraliser la matière résorbée ; 3° combattre l'inflammation des vaisseaux déjà enflammés.

L'ipéca stibié, par l'action directe qu'il a sur les organes et les vaisseaux innervés par le grand sympathique ainsi que par les efforts du vomissement, a servi à remplir la première indication. La seconde a été remplie par l'administration subséquente du sulfate de quinine ; enfin, la troisième a été remplie à l'aide des émollients administrés en cataplasmes, lavements et tisanes.

L'emploi de ces moyens dans le cours de la soirée du 23 et de la nuit, abat un peu la malade ; mais le 24, je la trouve mieux. Pouls à 110, ventre plus souple. La sage-femme et la famille sont tellement effrayés des vomissements, qu'on ne voudrait même pas donner la potion quinique et je suis obligé d'insister.

Le 25, la malade est décidément mieux : pouls à 100, ventre plus souple et moins douloureux. Je puis dire que l'inflamma-

tion elle-même s'amende en même temps que les symptômes généraux.

Les 26 et 27, on continue la potion quinique, les émollients sont suspendus, et le 28, on suspend aussi le sulfate de quinine. La malade, qui dès mes premières visites avait pris du bouillon, du potage et de l'eau rougie, commence à prendre de la viande. Depuis ce moment, madame P. est entrée en convalescence.

La malade dont je viens de faire l'histoire était-elle sous l'influence d'une épidémie qui, à cette époque, avait fait fermer la Maternité et la Clinique? On peut l'admettre; mais je dois dire aussi que, si en même temps qu'elle, j'ai eu aussi d'autres femmes malades, la soi-disant fièvre puerpérale n'a ca sé la mort à aucune de mes clientes, tandis qu'elle a été meurtrière dans ces hôpitaux, et même en ville, où l'on traite les résorptions comme une fièvre essentielle, ou une pure inflammation.

Réflexion. — Pour terminer cette observation, je dirai que cette femme, au bout de deux ans, a offert une phthisie pulmonaire des mieux caractérisées, et a fini par succomber dans la consomption.

Voilà donc une femme chez laquelle le germe des tubercules pulmonaires existait depuis des années, et chez laquelle on peut voir l'influence réciproque de l'état puerpéral et de la tuberculisation.

Cette diathèse n'a pas empêché madame P... de faire plusieurs enfants, qui sont presque tous vivants et robustes en apparence. Les idées hippocratiques voulaient que la phthisie se suspendît pendant la grossesse pour marcher rapidement après l'accouchement. Depuis les travaux de MM. Louis, Andral, Grisolle, Dubreuil, on a établi l'inverse, c'est à-dire que la grossesse provoque plus souvent qu'elle ne suspend l'évolution des tubercules. Madame P... n'a offert ni l'un ni l'autre de ces cas. La troisième grossesse seule a réveillé une toux suspecte qui a permis l'accouchement et deux autres couches de se faire, sans que les tubercules aient pu être constatés par l'auscultation et la percussion. Ce cas, après mille autres, démontre qu'en fait de tuberculisation pulmonaire, les signes physiques de la percussion et de l'auscultation arrivent bien

plus tard que les signes rationnels, et lorsque le traitement est presque toujours impuissant à suspendre l'évolution fatale de cette lésion.

OBSERVATION CCXXIX.

Multipare. — Menstruation irrégulière, influence qu'exerce l'air de Paris. — Les pertes blanches ne sont pas constantes chez les femmes délicates. — Expulsion d'une poche remplie de sérosité, l'ovulation peut produire ce résultat sans qu'il y ait eu fécondation. — Pendant une deuxième gestation la femme grandit. — Effet de la gestation sur l'état chloro-anémique. Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Sensibilité excessive pendant le travail, maîtrisée instantanément par la crainte ou par la volonté. — Quand la suspension du travail doit prescrire l'expectation ou l'intervention. — Petites manœuvres pour faciliter et abréger la parturition. — Naissance d'une fille bien portante. — Eraillures de la vulve ailleurs qu'à la fourchette. — Leur présence est plus facile à constater après que pendant le travail. — La belladone a-t-elle plus d'action que les autres moyens pour tarir la sécrétion laiteuse ? — Les purgatifs salins ne sont pas ceux qu'on doit choisir chez les femmes en couches. — Symptômes d'une légère résorption sans phénomènes abdominaux. — Influence des milieux sur la fièvre puerpérale dite essentielle. — Prompte guérison de la femme par le sulfate de quinine.

Mademoiselle F. D..., native de Saône-et-Loire, habitant Paris, rue de Seine, depuis deux ans, est une couturière âgée de vingt et un ans, de taille moyenne et d'un tempérament lymphatico-sanguin, mais d'une constitution fort délicate, sans cependant avoir jamais eu de maladie grave.

Menstruée à quinze ans, elle a continué de voir, mais très-irrégulièrement; si bien qu'elle restait quelquefois deux ou trois mois sans voir ses menstrues, et lorsqu'elles venaient, elles duraient pendant trois ou quatre jours avec des coliques assez vives. Son teint était pâle, mais elle n'a jamais eu de pertes blanches. Depuis qu'elle est à Paris, ses règles ont été encore plus faibles et plus éloignées, sans que les pertes blanches aient paru, ce qui est assez rare.

En décembre 1859, cette demoiselle est devenue la maîtresse d'un médecin étranger qui était à Paris pour son instruction, et en février 1860, elle est allée vivre en ménage avec lui. Dès les premières approches, cette femme avait perdu ses règles et on croyait à une grossesse; mais aucune modification ne se montrait, ni du côté des seins, ni du ventre. Dans les premiers jours d'avril, l'amant lui fait prendre un bain de pieds pour provoquer la menstruation; et, soit ce bain, soit autre chose, le fait est qu'à ce moment la femme est prise

d'une hémorrhagie utérine à la suite de laquelle elle rend une poche grande comme une forte noix. Cette poche, à parois transparentes, était remplie de sérosité, et n'offrit au médecin aucune trace d'embryon ni de placenta.

Pareilles poches sont quelquefois le résultat d'une simple ovulation, sans qu'il y ait eu fécondation. En effet, la congestion de l'ovulation, bien plus énergique que celle de la simple menstruation, produit souvent des caduques qui simulent parfaitement des œufs, pour ceux surtout qui ne sont pas prévenus. Ce n'est peut-être pas le cas ici, car il faut savoir aussi qu'un œuf, quand il meurt de bonne heure dans l'utérus, et qu'il est expulsé au bout de quelques mois, s'amincit et se remplit de sérosité à peu près comme le fait la caduque dans le cas précédent. C'est dans la forme et la structure qu'il faut trouver la différence. La caduque est triangulaire, l'œuf est arrondi; la première a des parois lisses au-dedans, chagrinées au dehors, sans saillie ni corps à l'intérieur; le second offre toujours, au contraire, un fil ou un point jaunâtre qui est le premier vestige de l'embryon.

Ce petit corps ou appendice fait saillie à la surface interne, qui est lisse comme l'externe. Il va sans dire que dans le cas où le produit n'est pas expulsé en entier, le diagnostic est plus difficile.

Depuis cet avortement, la malade a été souffrante; mais ses règles s'étaient établies, lorsqu'elles ont apparu encore pour une dernière fois, du 15 au 20 juin 1860. C'était le commencement d'une deuxième grossesse. Loin d'être plus fatiguée, notre malade se trouve fort bien pendant tout le temps de la gestation; elle mange de meilleur appétit; elle engraisse et a meilleur teint; mais ce qui surprend l'amant encore plus que la femme, c'est que celle ci a décidément grandi dans le cours des neuf mois. Ce n'est pas seulement sur le devant que ses robes sont devenues trop courtes, elles le sont devenues sur le derrière. Ce cas n'est pas le seul précisément où j'aie vu la gestation améliorer la crase du sang et même faire développer le squelette, surtout quand on avait affaire à des femmes délicates, chloro-anémiques.

Mademoiselle F. D., se proposant de faire ses couches à ma maison d'accouchements, vient mevoir au commencement de

janvier 1861, et l'ayant examinée au palper, j'ai trouvé qu'elle portait un enfant en deuxième position du vertex, O J. D. P.

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 15 et le 20 mars, et dans ces mêmes jours, en effet, il y a beaucoup de malaises; le vrai travail s'est déclaré le 22, à 3 heures 1/2 de l'après-midi, par la sortie d'une forte quantité d'eaux, suivie bientôt de l'apparition des mouches.

Arrivée à la maison d'accouchement à 4 heures 3/4, j'examine cette femme, et je trouve que la tête fœtale plonge déjà dans l'excavation; le col utérin, effacé, offre 4 centimètres de dilatation, les contractions sont déjà à la période de 5 minutes.

Cette femme accuse ses douleurs avec énergie, et est tellement craintive, qu'à peine si elle permet le toucher vaginal. L'amant, qui avait accompagné cette femme, était contrarié de l'entendre crier, et après lui avoir imposé silence à diverses reprises, il a fini par lui donner un soufflet.

Depuis ce moment, en effet, la malade a serré un mouchoir entre ses dents et n'a plus crié; mais aussi l'émotion a fait ralentir le travail. Les contractions sont devenues plus rares, et à 6 heures du soir, elles sont à 10 minutes d'intervalle.

Ce ralentissement devait-il prescrire l'intervention à l'aide du léniceps? Je ne l'ai pas cru, parce qu'ici il ne s'agissait pas d'une fatigue de l'utérus. La rupture prématurée des membranes, et surtout l'émotion, suffisaient à expliquer la longueur du travail. Un signe, du reste, qui ne fait pas défaut, est que la tête fœtale n'était pas couverte ici de bosse sanguine.

Pour activer les contractions utérines et provoquer les efforts, j'abaisse le plancher avec deux doigts introduits dans le vagin; aussi, la tête appuie bientôt sur le détroit inférieur, qu'elle franchit avec quelque diffficulté. La flexion et l'extension artificielles ont fait sortir cette tête au dehors; mais la vulve étant fort étroite, j'ai dû user de toutes les précautions possibles pour garantir la fourchette, qui ne s'est pas déchirée. La malade, pendant tout ce temps, a aidé le travail par des efforts violents, et sans avoir poussé un seul gémissement depuis le soufflet. Une fois la tête sortie, j'ai fait la rotation des épaules en portant le dos à droite de la malade, et extrait l'enfant. Il est 7 heures 1/4.

C'est une fille vivace de moyen volume (3.020 grammes). Délivrance avec de petites tractions, à 7 heures 35 minutes. Placenta sain.

Une fois que la femme a été placée dans le lit de repos, on lui a serré le ventre avec une ceinture, et on lui a administré à une demi-heure d'intervalle deux paquets de seigle ergoté d'un demi-gramme chaque. Bouillons.

Le 23, l'enfant est confiée à une nourrice au sein, qui l'emporte à la campagne. La mère est bien, l'utérus est revenu sur lui-même. Potages.

Le 24, pas de fièvre; les seins commencent à gonfler : 0,30 scammonée qui donne deux selles, injection vaginale. Potages.

Le 25, la femme se plaint d'une sensibilité vulvaire, et, en examinant la partie, je trouve que le côté droit de l'entrée du vagin est le siége d'une éraillure verticale qui se dirige vers la fourchette sans l'atteindre. La sensibilité, et un peu de gonflement, ont ainsi démontré l'existence d'une éraillure qui aurait, comme dans bien d'autres cas, passé inapperçue sans un examen des parties profondes. Lotions tièdes avec du vin étendu d'eau. Potages, eau rougie, tisane nitrée, huile sur les seins.

Le 26, la femme est toujours sans fièvre, et comme les seins sont encore durs et sensibles, l'amant désire qu'on les couvre d'une pommade belladonée (1 gramme 1/2 extr. bellad. sur 30 grammes axonge.), qui, dit-il, a une action très-efficace sur la secrétion laiteuse. Je me suis empressé d'obéir, non parce que la belladone a une grande action ici, mais parce que la graisse isole le sein du contact de l'air et diminue la sécrétion laiteuse.

Le 27, la malade continue d'être sans fièvre. L'écorchure vaginale suppure; et, comme les seins sont encore durs malgré la belladone, l'amant veut purger la malade avec 30 grammes de sulfate de magnésie. Je lui fais remarquer que l'expérience m'a éloigné des purgatifs salins dans les couches; mais comme il ne croit pas à la vérité de cette observation, il insiste pour ce sel, qui provoque, à dire vrai, des selles abondantes; mais la nuit se réveillent des accidents fébriles.

Sans doute l'épidémie qui désole en ce moment la Maternité, l'hôpital des cliniques, et qui provoque des accidents puerpé-

raux ainsi que des érysipèles en ville, cette épidémie a pu prédisposer cette malade aux phénomènes qu'elle nous montre ; mais ici nous avons eu la plaie utérine, l'éraillure en suppuration, et le purgatif salin pour expliquer la légère résorption qui s'est faite chez cette femme.

Le 28 au matin, la fièvre a cessé, tout semble être en bon état; le ventre n'offre aucune sensibilité ; mais le soir, le frisson et la fièvre reprennent pour cesser encore la nuit.

Le 29, trouvant de nouveau la femme en bon état, soit pour le ventre comme pour le reste, j'attends le soir encore pour voir, avant d'agir, si la fièvre revient; et, en effet, elle n'a pas manqué. Le frisson et la chaleur fébrile n'ont même pas été seuls cette fois. La malade a eu toute la nuit des rêvasseries pénibles, une agitation extrême; aussi, le matin du 30, je lui trouve les traits du visage tirés, le teint pâle, la respiration un peu anxieuse. Le pouls, qui, les jours précédents, était le matin à 78 ou 80, est cette fois à 110. Puisque la plaie vulvo-vaginale est presque guérie, que les seins sont dégorgés, et que le ventre est sans aucune sensibilité anormale, les accès de fièvre sont évidemment le signe d'une résorption généralisée, laquelle, quoique tardive, n'en demande pas moins une médication. C'est ce qu'on a appelé la fièvre puerpérale essentielle, mais dont la source, assurément, n'a été que la plaie utérine ou la plaie vulvaire.

J'aurais voulu administrer le sulfate de quinine en liquide, mais la malade l'a voulu en pilules (3 pilul. de 0,15 chaque). La journée est assez bonne, si ce n'est qu'il y a des douleurs névralgiques siégeant tantôt aux dents, et tantôt aux espaces intercostaux. La nuit est meilleure. On répète les pilules le lendemain, et les frisons, pas plus que la fièvre et les névralgies, ne reparaissent; on continue malgré cela les pilules jusqu'au 3 avril. La femme sort le 4 de la maison d'accouchement, tout à fait en bon état.

OBSERVATION CCXXX.

Primipare quoique d'un âge avancé. — Pourquoi les femmes font des enfants à un âge où cessent d'en faire celles qui se marient jeunes. — Disparité d'âge entre les époux. — La surexcitation sexuelle peut simuler la grossesse. — Accouchement prématuré. — La demi-époque cataméniale comme cause déterminante de l'accouchement. — La poche des eaux empêche-t-elle la

tête fœtale de s'engager? — Pourquoi ici la rupture artificielle de cette poche a facilité l'engagement. — Les tours de cordon retardent le travail. — Dangers dans ces cas de suivre la méthode expectante. — Naissance d'un garçon petit, raison probable du fait. — Décollement prématuré du placenta. — Différence entre la délivrance lorsque le placenta est gorgé de sang ou qu'il est vide. — La femme qui est primipare à un âge avancé est ordinairement mauvaise nourrice. — Prompt rétablissement de la mère sans fièvre. — L'enfant est assez bien venu au biberon.

Madame R..., native de Grenoble et habitant Paris depuis quinze ans (route d'Orléans), est une femme d'intérieur, âgée de 36 ans, de taille moyenne et d'un tempérament nerveux assez prononcé. Cette femme a eu un rhumatisme articulaire et une fluxion de poitrine.

Réglée à 14 ans, elle a continué de voir tous les mois, à jour fixe, et chaque fois pendant deux jours, sans souffrir d'autre chose que d'une plus grande sensibilité physique et morale. Elle n'a jamais eu de pertes blanches, même depuis son arrivée à Paris. Elle a cependant pâli dans le cours de ces quinze ans, et a dû prendre parfois du fer.

Quoique fort intelligente et fort aisée, elle avait été obligée de renoncer au mariage pour des raisons de famille, et ces causes une fois cessées, elle a accepté, à 36 ans, la main d'un homme âgé de 24 ans. Ce mariage a eu lieu en 1859, et depuis ce moment madame R... a eu des nausées et même des vomissements qui faisaient croire toujours à une grossesse; mais les règles continuaient. Ces phénomènes n'étaient évidemment que le résultat de la surexcitation sexuelle, sachant surtout que les organes féminins avaient ici vieilli dans l'inaction, tandis que l'homme était jeune, vigoureux et passionné. Ceci cependant n'a pas empêché madame R... de se bien porter jusqu'à la grossesse dont nous allons parler.

Les règles sont venues pour la dernière fois du 5 au 7 juillet 1860, et dès les premiers mois, madame R... s'est trouvée beaucoup plus faible; marche plus pénible, pâleur, maigreur; cependant, cette femme n'a consulté personne pour cela.

Une petite réflexion trouve sa place ici, quoique je l'aie déjà faite dans d'autres observations : c'est de voir une femme de 36 ans devenir grosse en se mariant, tandis que bien des femmes ne font plus d'enfants à cet âge, si elles se sont mariées à 16 ou 18 ans. Ce fait est inexplicable pour l'état actuel de la science, qui croit à une ponte des deux ovaires chaque mois,

tant que dure la menstruation; tandis qu'il est démontré pour moi que cette ponte est ordinairement annuelle, et lorsqu'il y a ou qu'il n'y a pas surexcitation sexuelle, les ovules s'épuisent de bonne heure ou retardent leur ponte.

La 9e époque cataméniale aurait dû apporter ici l'accouchement entre le 5 et le 7 avril 1861; mais il est arrivé le 16 mars, c'est-à-dire à la demi-époque qu sépare le 8e du 9e mois.

Comme le démontrent déjà les résultats statistiques qu'on trouvera à la fin du 2e volume de cette clinique, la demi-époque cataméniale provoque l'accouchement plus souvent qu'on n'aurait osé le croire.

Le 16 mars, la malade, après une longue course à pied, est prise de légères douleurs dans l'après-midi. On m'appelle à 7 heures et demie du soir, et je trouve cette femme encore levée; les contractions sont à 3 minutes d'intervalle, et il y a alternative d'une faible et d'une forte de ces contractions.

A 8 heures un quart, je fais coucher la malade sur le lit de misère, et, par le palper, je trouve un enfant situé en première position (O. J. G. A.). Le toucher vaginal trouve le col utérin presque complétement dilaté, la tête fœtale commence à plonger dans l'excavation.

Je relève, pendant la contraction, la lèvre antérieure du col, et la poche se dessine de plus en plus. Pendant la contraction aussi, je sens la tête s'engager davantage, pour se retirer un peu après.

Les choses marchant bien, j'attends, et la dilatation s'achève sans que l'engagement s'avance en proportion. On pourrait croire ici que les membranes opposent un certain obstacle à cette tête, mais c'est là au moins une exagération. Les membranes seules n'empêchent pas la tête d'arriver même au plancher, surtout où le bassin est normal et la dilatation du col complète, comme dans le cas présent. Evidemment ici l'obstacle vient du fœtus, qui est maintenu élevé, et, pour l'abaisser, précisément je perce les membranes à 8 heures 35 minutes. La diminution du volume utérin par la sortie des eaux, en effet, a favorisé l'engagement, et la tête, qui avait l'air de se retirer après chaque contraction, reste maintenant fixe au point où elle est poussée.

Les douleurs se ralentissent un peu pour se rendre plus

énergiques; j'ai alors abaissé artificiellement le périnée, et la tête est arrivée à la vulve. La flexion et l'extension artificielles ont bientôt poussé cette tête au dehors, sans occasionner la plus petite déchirure de la fourchette, quoiqu'il s'agisse d'une femme âgée.

Déjà la marche du travail m'avait fait supposer la présence de tours de cordon serrés au cou de l'enfant; mais ce qui me l'a fait présumer encore plus, est 1° la difficulté que j'ai eue pour faire sortir la tête avec l'extension artificielle, 2° la profondeur à laquelle cette tête est restée après qu'elle a eu franchi la vulve. Aussi j'ai eu hâte de glisser le doigt le long du cou, et j'ai trouvé trois tours tellement serrés, qu'il m'a été impossible de les dégager; j'ai dû en couper un pour les desserrer tous. Si je devais ici attendre les efforts de la nature seule, j'aurais attendu en vain, et l'enfant n'aurait pas tardé à succomber. Il est à noter que, malgré la brièveté relative du cordon, la malade n'a pas senti la douleur locale dont on a parlé, et que je n'ai pas constaté non plus la dépression en cul-de-lampe sur le point de l'utérus où pouvait être inséré le placenta.

Le reste du fœtus est sorti facilement (9 heures). C'est un garçon bien petit, même pour un accouchement prématuré, et l'âge un peu avancé de la mère pourrait l'expliquer jusqu'à un certain point; mais ce fait, après bien d'autres, tend à me prouver que là où la longueur ou la compression du cordon gênent pendant longtemps la circulation fœto-placentaire, sans l'arrêter, le développement du fœtus s'en ressent. (Il pèse ici 2,560 grammes. Longueur, 48 centimètres.)

Malgré la promptitude du travail, cet enfant naît à moitié asphyxié; mais il m'est facile de le ranimer, le cordon coupé n'a pas donné de sang, ce qui ne m'empêche pas de le lier.

A 9 heures un quart, j'ai voulu voir si on pouvait avoir le délivre; mais il faut savoir que la section du cordon n'ayant pas pu être suivie de la ligature du bout placentaire, les vaisseaux du cordon et du placenta se trouvaient tout à fait vides de sang et très-flasques; heureusement que les tractions faites pendant le travail avaient décollé prématurément ce délivre, et il était dans le vagin au moment de l'exploration. S'il avait

été dans l'utérus, et surtout encore adhérent, la délivrance eût été pénible. Placenta sain.

Ceinture sur le ventre de la femme, un gramme ergot de seigle, qu'on répète une demi-heure après. Je laisse, à 10 heures un quart, la mère et l'enfant en bon état.

Le 17, la malade est bien; pouls calme, utérus rétracté; mais au lieu d'être incliné à droite, il l'est à gauche. Café au lait, sans pain le matin; bouillons et potages le jour. Nuit excellente sans les pleurs de l'enfant, qui ont éveillé la malade. Cet enfant prend le lait de vache coupé avec l'eau de gruau.

Le 18, même état; pouls calme, on augmente les aliments. L'utérus, qui est à deux doigts sous le nombril, gagne la ligne médiane.

Le 19, pas l'ombre de fièvre. Le sein commence à grossir; aussi, à ce moment seulement, je permets qu'on y mette l'enfant, tout en continuant le lait coupé.

Le 20, la mère continue d'être bien, et l'enfant aussi; la convalescence commence.

Les jours suivants sont encore meilleurs, mais le lait n'abonde pas dans les seins, et les efforts de succion y font venir des gerçures. On a continué à donner les seins malgré cela, mais fort peu. L'enfant a continué d'être nourri presque exclusivement au biberon. Malgré cela, il est assez bien venu.

OBSERVATION CCXXXI.

Multipare. — Impulsion donnée à l'économie par la puberté. — Nubilité et puberté. — Les règles trop abondantes et leurs conséquences. — Deux accouchements consécutifs avec des accidents proportionnels à la longueur du travail. — Les indispositions d'une troisième grossesse calmées et non complètement arrêtées par les moyens thérapeutiques. — Accouchement tardif encore plus que retardé. — Les soins intelligents rendent le travail prompt. — Disposition personnelle à avoir des hémorrhagies utérines. — Erreur d'attribuer alors la perte à la promptitude du travail — Compression de l'aorte, seigle ergoté. — Insertion du placenta près du col, comment la reconnaître. — La part que peut prendre cette insertion dans l'hémorrhagie, même après la délivrance. — Kyste du cordon ombilical. — Fille bien venue, quoique élevée à la campagne à l'aide du biberon. — Rétablissement de la mère sans fièvre.

M^me^ E. D., native de Poitiers, habite Paris depuis six ans. C'est une couturière âgée de 31 ans, d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, d'un tempérament lymphatico-bilieux,

d'une constitution délicate, bien que carrément bâtie. Elle n'a eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde.

Réglée à 13 ans et demi, elle a continué de voir tous les mois depuis cette époque. Les menstrues durent chaque fois huit jours et avancent tous les mois de six à huit jours, ce qui entretient cette femme dans un état de faiblesse générale et indique en même temps une prédominance utérine. La mère et les sœurs de cette malade n'ont rien de semblable. Mme E. D. était sujette à des névralgies et ne les a plus eues après la puberté ; mais elle fait remarquer surtout que la puberté l'a fait développer aussitôt. A 15 ans, elle était aussi grande et aussi forte qu'à 18.

L'influence de la puberté n'est pas toujours si marquée, ce qui établit une grande différence entre cet état et la nubilité. Si la femme, à 13 ou 14 ans, quelquefois même plus tôt, a ses règles, elle devrait, d'après les idées reçues, faire aussi des œufs et, par conséquent, des enfants, lorsqu'elle s'expose à la fécondation ; mais il n'en est pas ainsi. Si, par hasard, du reste, elle devient mère si jeune, elle est inapte à porter l'enfant ou à l'allaiter : aussi la loi, d'accord avec les principes de la science, s'est opposée au mariage avant 15 ans, faisant entendre par là que, quoique pubère avant cet âge, la femme n'était nubile (apte au *connubium*) qu'après. En effet, la femme a les règles avant 15 ans, mais elle ne fait guère des œufs qu'à 17 ou 18. Les cas contraires sont rares, au moins dans nos climats.

Mme E. D. s'est mariée à 20 ans, et, au bout de 15 mois, elle était grosse d'un garçon qu'elle a porté à terme quoique ayant beaucoup souffert pendant la gestation. Le travail a duré 27 heures et s'est terminé spontanément, mais cette femme en a été si malade qu'elle a dû rester douze jours au lit. Une perte considérable s'était ajoutée aux suites des couches.

Mme E. D. a nourri son enfant au sein pendant 17 mois, a eu ses règles au bout d'un an ; et après 2 ans et demi de vacuité, elle a eu une deuxième grossesse, plus douce que la précédente. Le travail et la suite des couches ne présentèrent aucune particularité notable. La présente grossesse, qui est, par conséquent, la troisième, n'est survenue que cinq ans après.

Les règles auraient paru pour la dernière fois du 8 au 12 juin 1860. Ce sont la gastralgie et les vomissements qui ont annoncé la fécondation, et, comme on croyait à autre chose, on a beaucoup purgé la malade, sans la soulager. La grossesse s'étant confirmée, Mme E. D. est venue me consulter à 4 mois et demi pour un pyrosis qu'il a été facile de corriger avec la magnésie calcinée. Une sensibilité gastralgique a suivi le pyrosis, et, cette fois, nous avons vu échouer les préparations iodurées, opiacées, les amers, etc.

La neuvième époque cataméniale aurait dû apporter l'accouchement du 8 au 12 mars 1861, mais le travail n'a commencé que le 30 de ce mois ; c'est-à-dire vers le demi-terme entre le neuvième et le dixième mois.

A 5 heures et demie du matin les mouches commencent, ce qui n'a pas empêché Mme E. D. de déjeuner et de boire même un peu d'eau-de-vie, dont elle avait envie depuis plusieurs jours. C'est après cela qu'elle se rend, en voiture, à ma maison d'accouchement.

Je la vois à 11 heures trois quarts, et je trouve, comme je l'avais déjà constaté par le palper les jours précédents, que l'enfant est en première position (O. J. G. A.); les contractions sont à 4 ou 5 minutes d'intervalle ; l'ouverture du col a 3 centim. de diamètre.

Les préparatifs une fois finis, j'ai fait coucher la femme à midi et 20 minutes. J'ai retenu le col utérin en avant, et, la dilatation étant prononcée, j'ai percé la poche à midi 35 minutes.

Le col ayant toujours de la tendance à se porter en arrière, je le retiens jusqu'à ce que la tête soit descendue dans le petit bassin. Je n'ai pas eu besoin d'abaisser le plancher ; les contractions utérines, puissamment aidées des efforts volontaires, ont bientôt amené la tête à la vulve. J'ai dû plutôt modérer l'impulsion, en retenant la tête pour éviter les déchirures. Après la tête s'est dégagé le bras antérieur, avant que la rotation des épaules ait été complète : le reste est sorti comme s'il avait été lancé hors de la vulve (il est 1 heure). C'est une fille de petit volume (3,110 grammes) pour une grossesse prolongée : exemple d'un accouchement tardif plutôt que retardé ;

mais il faudrait aussi connaître exactement le jour de la fécondation pour émettre un jugement formel à cet égard.

Au bout de 10 minutes, je fais de légères tractions et j'amène le délivre; mais avec le délivre partent beaucoup de caillots sanguins et la perte continue abondamment après la délivrance. J'administre un gramme d'ergot de seigle; et en attendant son action, j'excite l'utérus à se contracter par les frictions externes; mais voyant qu'il ne se rétracte pas assez promptement, je comprime l'aorte ventrale. Si j'avais perdu beaucoup de temps, la femme aurait été très-affaiblie. La vue de ce sang ne l'effraye pas, attendu les pertes qu'elle a eues à chaque accouchement. Elle est un peu pâle, mais elle n'a pas, dit-elle, les tintements d'oreilles et les faiblesses des autres fois.

J'ai continué la compression aortique pendant un quart d'heure, et, pendant ce temps, j'ai fait administrer un autre gramme de seigle ergoté; le sang s'étant définitivement arrêté, j'ai serré le ventre de la malade au moyen d'une ceinture, et je l'ai fait transporter dans son lit de repos, où on l'a reconfortée avec du vin d'abord, puis avec du bouillon.

Suivant mon habitude, j'examine le délivre avec attention et je trouve que l'ouverture des membranes à travers lesquelles a passé l'enfant est près du bord du placenta, preuve évidente que ce dernier organe était implanté non loin de l'orifice interne de l'utérus. Cette implantation n'a pas causé d'hémorragie pendant la grossesse, comme cela a lieu souvent; mais assurément, pendant le travail, le décollement en a causé une qui est restée interne. De plus, après la délivrance, le sang a continué de couler. Cette particularité ne me paraît pas avoir été remarquée, on comprend cependant que les vaisseaux utérins ayant été très-développés près du col, où la contraction est moins efficace que dans le corps, ils persistent à rester béants plus que d'habitude.

Ce délivre m'a offert aussi de particulier 1° un cordon fortement tordu dans un seul sens sur toute la longueur, 2° diverses poches remplies de sérosité. Je ne saurais expliquer ces kystes autrement que par l'épanchement de la sérosité sous l'amnios qui recouvre les vaisseaux.

Le reste de la journée s'est bien passé, la femme a pris des

potages. Les tranchées ont un peu tourmenté la malade pendant la nuit.

Le 31, tout va à merveille, l'utérus est à un doigt du nombril et bien rétracté. On fait une injection vaginale et il ne sort pas de caillots. Potages. L'enfant prend du lait coupé.

Dans la nuit, cette femme ayant dû s'occuper de son enfant, dit avoir ressenti un peu de froid, mais le 1er avril je la trouve bien; pouls à 80. L'enfant est confié à une nourrice de la campagne pour qu'elle l'élève au biberon.

Le 2, ni la peau, ni la tête, ni la soif n'annoncent de la fièvre; l'état du pouls (88 pulsations) est évidemment ici le résultat de l'anémie accidentelle. Même régime.

Le 3, la malade prend 30 grammes d'huile de ricin; ce qui la fatigue un peu et lui donne des frissonnements, mais non suivis de réaction. Dans la nuit, il y a un peu de céphalalgie et pourtant le pouls reste le même. Je ne me suis pas plus préoccupé de ces petits accidents que des maladies graves qu'on observait en ce moment dans les maternités. J'ai nourri ma malade, je lui ai fait donner du vin et la convalescence est bientôt arrivée, si bien que cette femme a voulu rentrer chez elle le 6 avril, malgré ma défense.

L'enfant est bien venue, quoique élevée au biberon, mais il faut noter que cela s'est fait à la campagne et par la main d'une parente du père de l'enfant.

OBSERVATION CCXXXII.

Multipare. — Le toucher vaginal n'est pas toujours supporté pendant la grossesse. — Valeur du palper dès les premiers mois de la gestation. — Amincissement considérable de l'utérus et des parois abdominales permettant de sentir à trois mois les parties fœtales. — L'amincissement et le relâchement de ces parois rendent impossible la délimitation du globe utérin. — Mauvaise présentation du fœtus se répétant dans deux grossesses. — Le relâchement utérin est-il la cause de ces présentations? — Présentation du pelvis consstatée par le palper abdominal. — Malaises qu'occasionne cette présentation pendant la grossesse. — La prudence qu'il faut à un accoucheur dans le langage. — Les accoucheurs et les sages-femmes. — Version céphalique spontanée. — Accouchement heureux pour la mère et l'enfant.

Madame G., depuis son dernier accouchement (V. observation CLXIX), s'est assez bien portée et ses règles s'étaient bien rétablies, lorsqu'elles ont fini par apparaître encore une der-

nière fois au 14 juillet 1860. D'où date le commencement de la grossesse suivante, qui est la sixième.

A peine quelques malaises avaient annoncé ce début lorsque madame G. est venue, à la fin d'août, me faire part de ses soupçons. Je croyais qu'elle m'aurait permis de m'en assurer par tous les moyens que je croirais nécessaires, mais cette femme n'a pas voulu se soumettre au toucher vaginal. J'ai dû me contenter des signes rationnels et du palper abdominal. Ce dernier moyen, qui est le plus souvent fort utile, même à une époque si peu avancée de la grossesse, ne trouve pas ici de globe utérin assez marqué, et je reste, par conséquent, dans le doute.

Le 18 octobre, c'est à-dire vers le troisième mois, j'ai revu la malade, et, cette fois encore elle refuse de me permettre le toucher vaginal. J'ai dû, par conséquent, m'en tenir au palper, mais cette fois ce moyen a été décisif. L'hypogastre est légèrement plus bombé qu'à l'état de vacuité, quoique la palpation le trouve mou dans toute son étendue. Un palper même grossier, et à plus forte raison quand on le pousse profondément, trouve, à cette époque de la grossesse, le globe utérin avec ses bords arrondis, tandis qu'on ne trouve ici rien de semblable. En palpant bien, cependant, je finis par trouver de petites tumeurs dures et mobiles qui sont évidemment les parties fœtales. Il m'était arrivé d'autres fois de ne pouvoir pas circonscrire le globe utérin, tant il était flasque, mais c'est la première fois que je sens le fœtus au palper au troisième mois de la grossesse. Ce fait tient surtout à la minceur très-prononcée des parois utérines et abdominales, ainsi qu'à la flaccidité de ces parois.

Malgré l'étrangeté de mes sensations, j'ai pu donner à la femme des affirmations tout à fait certaines de grossesse, et, en effet, quelques jours après, elle percevait elle-même les mouvements actifs de son enfant.

Je revois la femme le 20 février 1861, et comme cette fois tous les doutes ont disparu, cette dame ne veut même plus me permettre le palper, pratiqué comme toujours par-dessus la chemise.

Le 27 mars, par conséquent au huitième mois, on m'appelle auprès de cette femme, et voici quels en avaient été les motifs.

Depuis quelques jours sont survenus des malaises, des douleurs de rein, et surtout une sensation douloureuse au bas-ventre, où se font sentir le plus les mouvements actifs. Ces malaises sont si marqués que la femme croit être déjà en mal d'enfant.

L'examen que j'ai fait de la malade m'a cependant démontré le contraire. Ainsi, l'utérus n'est nullement en contraction et le palper trouve l'enfant situé en présentation du siége, le sacrum dirigé à droite et en arrière (S. J. D. P.). On sent la tête fœtale dans l'hypocondre droit, le dos est couché dans la fosse iliaque droite et les pieds sont en bas, en avant et à gauche. Toutes ces parties sont si nettement senties qu'il m'est arrivé rarement de les constater aussi clairement. On dirait qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérin. L'auscultation trouve le maximum des pulsations cardiaques à droite, mais trop profondément pour qu'on en désigne le siége précis.

La femme était cette fois encore récalcitrante au toucher vaginal, mais comme elle croyait être en travail et que je lui ai signifié la nécessité de cette exploration, elle me l'a accordé à regret. J'avais pénétré à travers l'entrée vaginale lorsque, par un mouvement brusque, cette femme a repoussé l'exploration ; à peine si j'ai pu toucher au col, sans pouvoir l'explorer convenablement.

Le palper, encore plus que le toucher vaginal, m'a cependant permis de dire à cette femme qu'elle n'était pas en travail. Pour expliquer les malaises qu'elle éprouve, je lui dis que les mouvements de son enfant, portant en bas, étaient la cause de ces malaises. Je lui ai conseillé de rester couchée le plus longtemps possible et si, dans quelques jours, son enfant n'était pas mieux situé, je le ramènerai à la présentation de la tête par des manœuvres innocentes faites à travers les parois extérieures de l'abdomen.

Je donnais ces explications pour rassurer la femme sur le présent et sur l'avenir, mais mes explications paraissent, au contraire, avoir effrayé cette dame.

Le 8 avril, je reviens auprès de ma malade, et je la trouve de si mauvaise humeur qu'elle ne veut même pas me permettre de constater par le palper si le fœtus a fait ou non la version céphalique spontanée. Le mari lui-même me montre peu de

bienveillance, aussi je ne lui cachai pas ma surprise, et comme je déclarai qu'il me fallait examiner la femme en temps opportun si on voulait que je l'assistasse au moment de l'accouchement, on me répondit qu'une sage-femme l'ayant examinée les jours précédents, elle avait répondu que tout était bien et qu'elle répondait du succès de l'accouchement.

Je n'avais plus entendu parler de cette femme, lorsque le 3 mai, en allant chez une de ses voisines, qui était en mal d'enfant, on me dit que madame G. était heureusement accouchée, le 29 avril, d'un garçon qui était venu par la tête.

On comprend facilement le triomphe qu'a affiché la sage-femme; et les assistants, qui ignoraient la possibilité d'une version céphalique spontanée, ont peut-être pris pour du savoir ce qui n'était que de l'audace favorisée par le hasard.

Réflexions. — Cette femme, sans avoir un bassin et un utérus notablement difformes, était pourtant sujette aux mauvaises présentations. Ne pourrait-on pas croire que la minceur et la flaccidité des parois utéro-abdominales étaient la cause de ces présentations? Je suis disposé à le croire, mais la chose ne peut pas être jugée par un seul fait.

OBSERVATION CCXXXIII.

Femme stérile. — L'embonpoint cause ou effet de la stérilité. — Absorption de la liqueur séminale et son action tonique sur l'économie générale. — Symptômes d'ovulation en dehors des menstrues. — La plupart des signes de la grossesse sans la grossesse.— Précautions à prendre contre ces signes. — Tumeur abdominale de nature incertaine. — Le palper, combiné surtout au toucher vaginal et à l'auscultation, permet de déclarer qu'il n'y a pas grossesse, mais ne permet pas de déterminer la nature de cette tumeur. — Les femmes s'arrêtent rarement à l'avis d'un seul médecin quand elles désirent une grossesse ou qu'elles la redoutent. — Le temps seul finit par donner droit à ceux qui ont porté un bon diagnostic, et tort à ceux ont qui entretenu ces femmes dans des croyances illusoires.

Le 6 août 1860, j'ai été appelé auprès deMadame D..., marchande, logée rue du Four-Saint-Germain, pour lui dire si elle était enceinte ou non.

Cette femme, âgée de 42 ans, est d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, d'un tempérament sanguin et d'une constitution forte avec embonpoint.

Réglée de bonne heure, et assez exactement tous les mois, elle s'est mariée à l'âge de 20 ans sans jamais avoir eu d'enfant.

Il y a peu d'années elle eut au printemps les symptômes suivants : Douleurs dans le côté droit du petit bassin, trouble dans la menstruation, augmentation de volume dans les seins, chaleur et démangeaisons à la vulve, etc. La malade se croyait grosse, lorsque dans les mois suivants la menstruation s'établit de nouveau. Tout porte à croire pourtant que si à ce moment il n'y a pas eu grossesse il y a eu au moins ovulation du côté droit.

Le 18 du mois de février dernier (1860) cette femme offre encore des symptômes desquels datent les soupçons de grossesse pour lesquels on m'appelle.

Ainsi Madame D...a été prise d'un écoulement sanguin plus abondant que d'habitude et après lequel il y a eu suppression complète des menstrues. Finalement sont survenues par la suite des nausées et autres indispositions qui ont fait croire à une grossesse. Le ventre commençait déjà à prendre du développement lorsque Madame D... croit sentir les mouvements de son enfant (5e mois).

Les espérances de la famille D... allaient en augmentant, mais la malade, qui s'écoutait beaucoup, ne s'apercevait pas que les mouvements fœtaux augmentassent en proportion du temps; aussi elle a voulu s'assurer si elle est enceinte ou non. Voici le résultat de mon examen.

Les seins sont bien développés et fermes; la femme y accuse même une sensation douloureuse qui se prolonge, des glandes mammaires aux creux des aisselles. Les veines sous-cutanées qui recouvrent les seins sont assez prononcées, mais le mamelon et l'aréole sont roses sans précipitation de pigmentum et sans tubercules glandulaires.

Les seins offrant peu de signes décisifs ; j'arrête mon attention sur le ventre, et voici ce que je trouve :

A première vue cette cavité fait une saillie comme s'il s'agissait d'une grossesse de 8 mois, et cette saillie est surtout marquée entre le pubis et le nombril. La cicatrice ombilicale est profonde comme chez les obèses, et quand on pince la peau e le tissu cellulaire de la région ombilicale on est obligé de les prendre à pleine main, tant ils sont volumineux. Le tissu adipeux diminue par conséquent ici le volume réel de la cavité abdominale, et en augmentant l'épaisseur de ses parois, il rend

le palper plus obscur. Par ce dernier moyen de diagnostic on peut cependant constater la présence d'une tumeur arrondie et mobile, située dans la région hypogastrique, laquelle dépasse le nombril de trois travers de doigt, et ferait croire en effet à une grossesse.

Le toucher et l'auscultation devenaient ici décisifs ; aussi les ai-je appliqués scrupuleusement.

La femme étant couchée sur le bord du lit, le pénètre avec l'index et le médius dans le vagin, et cette précaution n'était pas de trop, car le volume de la vulve et la profondeur du vagin m'ont à peine permis d'arriver au col utérin. Ce col est petit, conique et d'une densité normale, si bien que j'ai pu, en appuyant sur cette partie, faire facilement basculer le corps utérin dans tous les sens.

Ce résultat indiquait un utérus petit et non gravide, mais il restait à savoir si la grossesse n'était pas en dehors de l'utérus. Pour cela j'ai essayé de circonscrire d'abord le corps utérin, puis la tumeur en question entre les doigts introduits dans le vagin et la main extérieure placée sur l'hypogastre, mais la chose m'a été impossible. L'obésité est sans doute ici un obstacle ; cet examen cependant tend à prouver que l'utérus est très-petit et que la tumeur ne fait pas corps avec la matrice. J'ai voulu savoir au moins si cette tumeur était accessible par le vagin afin d'en examiner la densité ou le contenu, et il ne m'est pas possible de l'atteindre. Enfin j'ausculte avec le plus grand soin et il m'est impossible de constater la présence d'un bruit cardiaque fœtal, ni même du bruit de souffle, appelé à tort placentaire.

Je déclare à la suite de cet examen qu'il n'y a pas grossesse utérine ; que s'il y a grossesse extra-utérine elle offre déjà un enfant mort ; mais tout semble dire, au contraire, que la tumeur n'appartient pas à un produit de conception.

La malade, peu satisfaite sans doute de mon diagnostic, est allée se faire examiner par d'autres personnes qui lui ont donné un avis contraire ou tout au moins douteux, et elle a attendu un an pour me faire dire que j'avais porté un diagnostic certain :

Réflexions. — La stérilité, rejetée des traités de physiologie

et de pathologie, revient de droit à l'obstétrique; mais loin de s'en occuper sérieusement, les accoucheurs la laissent en quelque sorte entre les mains des charlatans. Ce n'est pas le lieu de s'en occuper ici; je veux seulement parler d'un point encore peu ou pas étudié. On a constaté depuis longtemps que les femmes stériles portaient souvent de l'embonpoint et une force de santé qui les a fait rapprocher de l'homme (*virago*).

Cette vigueur est-elle cause ou effet de la stérilité?

D'un avis unanime on a déclaré que si la femme était stérile, c'est précisément parce qu'elle se rapprochait du sexe opposé, tandis que pour moi elle n'acquiert les caractères physiques et physiologiques des *virago* que parce qu'elle est stérile.

Plusieurs raisons que je ne puis pas énumérer ici m'autorisent à l'affirmer, et une des plus curieuses est celle de la résorption de la liqueur séminale; ainsi chez l'homme comme chez la femme cette liqueur, quand elle séjourne longtemps sur les surfaces muqueuses, finit par être résorbée, et, transportée dans la circulation, elle constitue l'excitant le plus actif que l'on connaisse.

Si la femme stérile montre le désir physique et moral de la fécondation plus que le commun des femmes, c'est qu'elle s'expose plus souvent à la résorption de la liqueur séminale, et cette résorption lui donne au bout de peu d'années les formes des *virago*, comme nous les retrouvons chez la femme dont je viens de parler, et chez tant d'autres.

Un autre point qui mérite de l'attention chez cette femme est le diagnostic de la grossesse vraie ou fausse.

Evidemment il y a eu ici des symptômes de grossesse ou tout au moins d'ovulation, mais que les signes physiques n'ont pas confirmés; à peine si les doutes d'une grossesse extra-utérine abdominale sont admissibles avec la présence d'un enfant mort.

Que la tumeur ait été la cause de ces symptômes, la chose est certaine; mais quelle est maintenant la nature de cette tumeur, si on exclut la grossesse extra-utérine? Ce n'est pas la vessie ou l'intestin distendus, puisque j'ai préalablement fait vider ces cavités. Ce n'est pas une maladie de l'ovaire ou des fosses iliaques, puisque la tumeur est médiane, quoique médio-

crement développée ; ce n'est pas une hematocèle péri-utérine, puisqu'elle est plus élevée que le cul-de-sac utérovaginal ; ce n'est pas une péritonite enkystée de l'épiploon ou du mesentère, puisqu'il n'y a pas eu de péritonite ; ce ne pourrait être qu'un corps fibreux pédiculé adhérant à la surface externe de l'utérus ; corps peu dur, il est vrai, parce qu'il est recouvert par des parties molles fort épaisses ; enfin ce pourrait être un kyste épiploïque, mais c'est là une pure supposition.

OBSERVATION CCXXXIV.

Multipare. — L'ovulation, cause d'ovarite. — Les phénomènes physiologiques et pathologiques du système nerveux ganglionnaire sont périodiques. — Mode d'action du sulfate de quinine dans les phénomènes puerpéraux. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Le faux travail et le travail lent. — Quand faut-il craindre une expulsion brusque du fœtus. — Là où l'accoucheur n'a pas pu arriver assez tôt il a été facilement remplacé sans inconvénients. — Naissance d'une fille bien portante, quoiqu'elle fasse naître les soupçons d'une oblitération intestinale. — Le lait manque souvent à Paris chez les femmes accouchées. — Le choix d'une nourrice par la famille n'est pas toujours d'accord avec le choix du médecin ; inconvénients du mauvais choix. — Peut-on trouver ici l'explication de quatre grossesses consécutives de filles ?

Madame G..., native du département de la Creuse, habite Paris depuis l'âge de 20 ans, chemin de ronde, sur le boulevart Montparnasse.

Cette dame, âgée de 27 ans, est de taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une bonne constitution. Ayant quelque fortune, elle ne s'occupe que de l'intérieur de sa maison.

Réglée dès l'âge de 14 ans, elle a continué de voir tous les mois, en avançant plutôt que retardant, et chaque fois le sang coulait pendant 5 à 6 jours. Mariée à 20 ans, elle n'a eu que trois jours de règles par mois depuis cette époque.

Deux mois après son mariage a commencé une première grossesse, qui s'est terminée promptement par une fausse couche. La cause de cet avortement aurait été une marche à cheval.

Après deux ans de vacuité, apparaît une deuxième grossesse qui est arrivée à terme. L'enfant, fille, vit encore ; mais elle est sourd-muette. Quoique madame G... n'ait pas nourri cette enfant, elle est restée encore deux ans en état de vacuité ; puis elle a eu une troisième grossesse qui s'est terminée par la

naissance à terme d'une autre fille, élevée encore par une nourrice.

Cette fois, au bout de deux mois et demi a commencé une quatrième grossesse, et l'enfant qui en est né a été une autre fille, que la mère a nourrie pendant 16 mois.

Il faut savoir que toutes ces grossesses ont commencé à la fin de l'hiver ou au printemps, parce que, à ces époques, a lieu souvent l'ovulation. Le dernier accouchement est arrivé en novembre 1857; et attendu l'allaitement, il n'y a pas eu de grossesse en 1858. Dans le mois de septembre de cette dernière année, cependant, il y a eu des symptômes d'ovulation qui ont conduit à une ovarite pour laquelle j'ai été appelé auprès de cette femme.

Si les ovaires avaient une ponte mensuelle, comme on le croit, ils seraient dans une plaie constante; car la rupture d'une vésicule de Graaf n'est pas toujours chose innocente. Les hémorrhagies et les inflammations en sont quelquefois la conséquence. Dans les cas même où la cicatrisation se fait de la manière la plus normale, le *corpus luteum* qui en résulte reste gros pendant plus d'un mois, sans même que la fécondation s'en soit suivie; et si une autre vésicule devait se rompre à côté, au bout d'un mois, l'autopsie de toute femme âgée de 15 à 45 ans nous montrerait plusieurs vésicules en voie de se rompre, rompues et saignantes, ou en voie de cicatrisation ; au lieu du volume d'une amande, les ovaires auraient le volume d'un œuf de poule.

Les symptômes d'ovulation que madame G... a eus en septembre 1858 ont été, comme les autres fois, une chaleur douloureuse au bas ventre, et surtout vers la fosse iliaque gauche envies fréquentes d'uriner, démangeaisons vulvaires, mucosités vaginales abondantes, perte d'appétit, nausées, etc. Le mari, homme intelligent, me fait remarquer qu'avec ces simptômes sa femme montrait des sentiments bien plus affectueux que d'habitude, et comme pareille chose a eu lieu chaque fois qu'elle est devenue enceinte, il s'est gardé d'avoir des rapports sexuels tant qu'elle a été dans cet état.

Lors des ovulations précédentes, cette surexcitation cessait spontanément au bout de 12 ou 15 jours; mais cette fois, sans qu'il y ait eu de rapprochements sexuels, le bas-ventre et sur-

tout la fosse iliaque gauche se sont faits plus douloureux ; enfin sont survenus de petits redoublements fébriles quotidiens (4 heures du soir). Le médecin traitant a combattu cet état par les émollients locaux, et comme la maladie persistait, comme des douleurs se montraient au point d'émergence des nerfs cutanés qui entourent le bassin, on m'a appelé en consultation le 20 janvier 1859.

Les précédents, et surtout l'exploration par le palper et le toucher vaginal, m'ont fait voir que l'ovaire gauche était le siége de la maladie. Une chose curieuse que j'ai vue pourtant d'autres fois, est qu'en pressant cet ovaire on réveille à l'instant les nausées et les douleurs névralgiques que la femme ressent sur plusieurs points du corps. Chez quelques femmes, on pourrait provoquer ainsi le vomissement et les convulsions hystériques.

Les bains généraux, les frictions d'onguent gris belladonné sur la fosse iliaque gauche, et d'huile de croton sur le sacrum, ainsi que partout où apparaissaient les douleurs névralgiques, les injections vaginales et rectales d'eau de graines de lin, et les pilules de sulfate de quinine uni à l'opium, tous ces moyens ont promptement soulagé la malade. Les redoublements quotidiens ont cessé.

La périodicité est une loi assez générale dans les phénomènes de la nature ; mais chez les animaux comme chez l'homme, elle est surtout marquée dans les phénomènes physiologiques et pathologiques qui dépendent du grand sympathique. Les organes génitaux, qui sont plus spécialement innervés par ce dernier, offrent par conséquent au plus haut degré la périodicité.

Les médicaments qui agissent sur le grand sympathique et sur les organes qu'il anime, ainsi que les antipériodiques, ont une action marquée sur les organes génitaux. (L'iode, la digitale, le seigle ergoté, les vomitifs, les purgatifs, le sulfate de quinine, etc., etc.). Aussi peut-on en tirer un grand parti. Le sulfate de quinine, surtout, agit de plusieurs manières dans les phénomènes puerpéraux : 1° contre l'élément *périodicité pathologique* ; 2° contre les *ferments* qui circulent avec le sang et qui pourraient provenir du dehors, de l'utérus ou de tout autre organe malade.

L'ovarite de madame G... touchait à sa guérison, et tout était rentré dans l'ordre lorsque l'écoulement menstruel apparaît. La congestion cataméniale réveille les douleurs locales ainsi que les névralgies réflexes et les redoublements fébriles. Pour rassurer la famille et me rassurer moi-même, nous faisions appeler en consultation M. Velpeau, le 23 mars (1859), et ce professeur diagnostique, comme moi, une ovarite chronique avec son cortége; aussi il est d'avis d'employer encore plus énergiquement ce que j'avais déjà mis en usage (sulfate quinique, dérivatifs cutanés; pommade fondante, enfin un régime réparateur, l'eau de Pougues, etc.).

Ces moyens ont surmonté la crise, et les mois suivants, à chaque époque menstruelle, il a fallu les répéter en diminuant avec l'intensité des symptômes, jusqu'à ce que les règles soient arrivées sans phénomènes pathologiques bien prononcés.

Madame G... s'était bien remise lorsque les règles ont apparu pour une dernière fois, du 19 au 22 juillet 1860. Et de ce moment date le commencement d'une cinquième grossesse.

Les indispositions habituelles de la gestation ont été cette fois plus prononcées qu'à toutes les grossesses précédentes (douleurs névralgiques, bouffées de chaleurs diurnes, nausées, vomissements, etc.), et, chose assez rare, au lieu d'aller en diminuant, comme d'habitude, à mesure que la grossesse avançait, elles allaient en augmentant. Au mois de février (7e mois), j'ai dû employer des pilules avec le sulfate de quinine associé à l'opium, et cela a suffi pour soulager la malade.

Dans le 8e et le 9e mois, j'ai examiné l'utérus au palper, et j'ai trouvé que l'enfant se tient en première position du vertex (O. J. G. A.). La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 19 et le 22 avril 1861. En effet, les mouches commencent dans la nuit du 19 au 20 du même mois.

Appelé à 11 heures, je constate que la tête de l'enfant est déjà dans l'excavation; le col est effacé, mais peu dilaté, et fortement porté en arrière. Les contractions étant encore éloignées les unes des autres, je ne reste pas auprès de la malade. J'y retourne le matin du 20, et je trouve à peu près les choses dans le même état, c'est-à-dire que les contractions seules manquent; le reste est prêt; aussi je recommande à la famille

de me faire prévenir dès que les douleurs arrivent ou que la poche se rompt.

A 4 heures de l'après-midi, les contractions douloureuses commencent; mais croyant encore à une fausse alerte, on attend, et quand on m'appelle, les eaux sont parties. Il était trop tard, car, les contractions indolores et les mouches ayant effacé et dilaté le col, ayant fait descendre la tête sur le plancher et rompu la poche, la tête a franchi la vulve en peu de minutes.

Le mari, qui était présent, a assisté sa femme avec sa belle-mère, et tout s'est bien passé, quoique l'enfant eût au cou quatre tours de cordon. C'est ici que, l'art ayant peu de chose à faire, la personne la moins experte suffit. La patiente elle-même pourrait, à la rigueur, se suffire en cas de besoin. On attendait la délivrance, croyant même qu'on pourrait se dispenser de me faire appeler ; mais le délivre ne venant pas, on m'a fait demander.

Arrivé à 5 heures et demie auprès de la malade, j'ai pu la délivrer facilement avec quelques tractions sur le cordon ; mais ce peu était cependant nécessaire. Ceux qui attendent la délivrance spontanée ou qui tardent plus d'un quart d'heure, plus d'une demi-heure, pour extraire le placenta, ceux-là s'exposent à des accidents. Le placenta était ici fort développé, comme la fille qui venait de naître.

Après avoir donné à la malade un demi-gramme de seigle, que l'on a répété une heure après, je lui ai serré le ventre et lui ai donné du tilleul chaud; car l'attente de la délivrance avait laissé la malade dans l'anxiété, et l'avait exposée au refroidissement.

Le 21, la malade va parfaitement. L'utérus, bien retracté, est à deux doigts sous le nombril, quoique la vessie ne se soit pas encore vidée après l'accouchement. L'enfant a vomi tout ce qu'elle a bu, ce qui me porte à examiner l'orifice anal et à y passer très-lentement une sonde de femme. Cette sonde, portée à un ou deux centimètres de profondeur, ne revient humectée que de mucus jaunâtre; enfin, poussée plus loin, elle est revenue enduite de méconium. Cela a suffi pour provoquer des selles, mais sans faire cesser les vomissements.

J'ai revu la malade à 9 heures du soir, et je l'ai trouvée on

ne peut mieux; mais l'enfant continue de vomir. Voyant qu'on lui donnait du lait de vache pur, je le fais suspendre et le fais remplacer par de l'eau de gruau. Depuis ce moment, l'enfant n'a plus vomi et a dormi le reste de la nuit.

Le 22, la mère est sans fièvre et les seins sont flasques. L'enfant prend du lait coupé qu'il ne vomit pas. Le 23, le bien se continue sans que les seins se gonflent. C'est le 24 seulement que les glandes mammaires commencent à se distendre. Aussi on y applique l'enfant.

Le 25 et les jours suivants, la mère va de mieux en mieux; mais le lait n'augmente pas assez pour contenter l'enfant, et l'on est obligé de prendre une nourrice.

Pour la choisir, on n'a pas demandé mon avis. On a fait venir une petite paysanne que la famille connaissait, et qui était plus faite pour être domestique; aussi l'enfant a dépéri bientôt et a fini par succomber. La mère s'est parfaitement rétablie, sans avoir eu un moment la fièvre.

Réflexions. — Je ferai à cette observation une seule réflexion; elle est relative au sexe des quatre enfants consécutifs. Si c'est la prédominance de santé qui décide, il est clair que le mari était ici plus faible que la femme; c'est le sexe de celle-ci qui devait prédominer, et les quatre filles pouvaient être prévues d'avance. Mais il est démontré pour moi que cela ne suffit pas; la femme porte des œufs mâles et des œufs femelles, ou plutôt c'est la prédominance de santé ou de faiblesse de la mère et de l'œuf au moment où se développent les organes sexuels qui paraît décider encore plus que le reste.

OBSERVATION CCXXXV.

Multipare.— Rachitisme, ses divers modes d'action sur le squelette.— Retrécissement du détroit inférieur; causes, effets, diagnostic et traitement. — Paralysie de la vessie guérie surtout par l'électricité. — Symptômes d'albuminurie pendant la grossesse sans éclampsie.— On est obligé au premier accouchement de faire la céphalotripsie. — Suites de couches graves. — Nouvelle grossesse méconnue ayant continué sa marche malgré les moyens les plus irrationnels et les plus actifs. — Provocation du travail à huit mois par les douches vaginales. — Réduction céphalique par manœuvres externes. — La longueur du travail avant la rupture des membranes n'est pas toujours innocente pour l'enfant. — Comment il faut rompre la poche dans des cas spéciaux. — Sensibilité excessive des organes génitaux. — Rotation insolite de la tête fœtale.—Fille née vivante, mais si malade qu'elle

a succombé au bout de quelques heures. — L'électricité ne vaut guère mieux que les autres moyens pour remédier aux symptômes d'asphyxie. — Accidents fébriles chez la mère promptement terminés.

Mme B., native de la Savoie et habitant Paris seulement depuis quatre ans (rue de Buci), est une ménagère âgée de 26 ans, d'une taille au-dessous de la moyenne, et d'un tempérament lymphatico-nerveux. Cette femme a marché fort tard, puisqu'à 4 ans elle se tenait encore sur son siége, parce que ses jambes ne pouvaient pas la porter. Les membres inférieurs, un peu courts, il est vrai, ne sont pas arqués, mais l'ensemble du squelette, et surtout le bassin, montrent les preuves d'un rachitisme qui a eu lieu pendant la première enfance.

Nous verrons plus loin le diagnostic exact du vice de conformation du bassin; mais il est bon de savoir déjà que la déformation avait ici pour siége le détroit inférieur, chose qui est excessivement rare si on en croit ce qu'on dit dans les livres.

Les choses sont autrement dans la pratique, et les bassins en entonnoir, comme les appelait Lenoir, ces bassins sont assez fréquents; seulement, le détroit inférieur coïncidant presque toujours avec une bonne conformation du reste du bassin et quelquefois même avec un excès d'amplitude, les deux ischions s'écartent un peu pendant le travail, de sorte que le rétrécissement est corrigé. Les femmes dont les occupations habituelles exigent la position assise sur des corps durs sont souvent atteintes de ce retrécissement peu dangereux du détroit inférieur.

Le rachitisme ramollissant le sacrum ou les os iliaques pendant les premiers temps de la station verticale, ces os sont enfoncés là où portent les pressions ; c'est-à-dire le promontoire et le voisinage des cavités cotyloïdes. Voilà le cas habituel; mais, quoiqu'on n'en ait pas parlé, le rachitisme peut porter plus spécialement son action sur le détroit inférieur lorsque le ramollissement des os a lieu avant que l'enfant ne se tienne sur ses jambes, et pendant qu'il se tient uniquement assis sur les tubérosités ischiatiques et le sacrum. Enfin, le rachitisme arrête jusqu'à un certain point le développement de tout le squelette. Ces diverses causes, dans le cas de Mme B. précisément, rendaient le bassin et surtout le détroit inférieur assez

étroits et assez peu dilatables pour que l'accouchement à terme fût impossible, comme nous allons le voir.

Outre le rachitisme, Mme B. a eu la fièvre typhoïde à 15 ans, et après celle-ci une paralysie de la vessie qui a duré huit mois. De tous les moyens qu'on a employés pour cela c'est l'électricité qui a réussi le mieux, mais il a fallu l'appliquer pendant trois mois consécutifs.

Réglée à 13 ans, Mme B. a continué de voir tous les mois pendant huit jours et à jour fixe, sans éprouver de malaises.

Mariée à 22 ans, dans le mois de mars, elle est restée aussitôt enceinte et a fait une fausse couche dans le mois de mai. Avec cet avortement ont commencé des hémorrhagies utérines fréquentes qui ont cessé seulement en juillet, époque à laquelle a commencé la seconde grossesse.

Pendant les premiers mois de cette gestation, Mme B. avait été bien, mais en approchant de la fin, elle a été souffrante. Entre autres choses elle a eu une douleur vive dans le sein droit et a fini par avoir les jambes, les bras et même le visage enflés. Malgré ces symptômes d'albuminurie, l'accouchement est arrivé à terme sans occasionner d'éclampsie.

Le travail, commencé le 2 mai (1858), avait duré jusqu'au 6 sans résultat. Le médecin qui la soignait, après avoir essayé divers moyens (bains, remèdes internes), après avoir tenté l'application du forceps, a fini par la céphalotripsie.

L'enfant était un garçon bien développé, qui paraissait vivre encore au moment de l'accouchement.

Les suites de couches ont été graves, la malade ne s'est levée qu'au bout de vingt jours ; une déchirure du périnée et des ulcérations consécutives du col sont venues s'ajouter à cet état.

La santé de Mme B. avait fini par s'améliorer et les menstrues s'étaient établies, lorsqu'elles ont fini par apparaître encore une dernière fois du 18 au 25 août 1860. De ce moment date le commencement de la troisième grossesse : mais comme on attribuait la suspension des règles à tout autre cause, on a soumis Mme B. à un traitement des plus énergiques (sangsues, ventouses sèches, vésicatoires, purgatifs répétés tous les huit jours, vomitifs, pommade mercurielle et iodurée pour faire fondre la tumeur abdominale, etc.). On n'a cessé de tourmen-

ter cette femme que lorsqu'elle a senti les mouvements actifs de son enfant.

A 6 mois et demi de grossesse elle est allée consulter M. Paul Dubois, lequel, après l'avoir examinée, lui a dit qu'il fallait provoquer le travail à 8 mois.

Les choses en étaient là lorsque j'ai été appelé auprès de M^me^ B., le 14 août 1861, et voici ce que j'ai trouvé :

Le volume de l'utérus est celui de 8 mois de grossesse environ; en effet, la huitième époque cataméniale correspond entre le 18 et le 25 du mois (août 1861). Le ventre tombe fortement au-devant des pubis, comme cela a lieu dans les cas de bassins retrécis ou fortement inclinés. L'enfant, examiné au palper, est trouvé en présentation du sommet, seconde position (O. J. D. P.). Le toucher vaginal trouve le col utérin encore long et en arrière; enfin j'arrête mon attention sur la conformation du bassin.

J'essaie en vain de mesurer le diamètre sacro-pubien, et quoique je me serve de deux doigts, quoique je pénètre loin à la faveur de l'ancienne déchirure périnéale, il m'est impossible d'atteindre le promontoire. Ce n'était donc pas dans le diamètre antéro-postérieur que résidait le retrécissement, comme cela a lieu communément dans les bassins rachitiques. L'exploration latérale ne m'a pas montré non plus une saillie correspondante aux cavités cotyloïdes, de sorte que je me suis demandé un instant s'il y avait réellement retrécissement assez prononcé pour nécessiter un accouchement prématuré.

Mon opinion a changé complétement dès que j'ai exploré avec soin le détroit inférieur. Ici je sens l'arcade pubienne tranchante et tellement retrécie qu'à peine si je puis y placer les deux doigts explorateurs. D'un autre côté, les ischions sont très-rapprochés. Pour mesurer leur écartement j'ai placé entre ces os les deux doigts explorateurs de la main droite, et puis j'ai arrêté l'écartement en engageant entre ces doigts l'index de la main gauche. Ces trois doigts, tirés en masse hors de la vulve, ont montré que l'écartement des tubérosités ischiatiques n'était que de huit centimètres. Le diamètre situé entre les deux épines sciatiques devait par conséquent être moindre. Ce rétrécissement aurait pu laisser croire à la possibilité d'un accouchement à terme chez une primipare; il autorisait l'ac-

couchement prématuré après la céphalotripsie ; aussi je suis convenu de provoquer le travail.

Le 18 août, la malade offre les symptômes de la congestion utérine comme si elle devait avoir ses règles ; c'était par conséquent le moment opportun d'agir, et le 19 au matin je commence l'administration d'une douche utéro-vaginale. Le jet est dirigé sur le col utérin à l'aide d'une canule, et le liquide à 38 ou 40 degrès est poussé par une pompe foulante.

L'injection, à cause de défauts dans les instruments, n'a duré que huit minutes, et cependant la malade et l'utérus lui-même l'ont bien sentie. A quatre heures après midi deuxième douche de dix minutes, et déjà après l'injection les contractions utérines commencent ; mais elles s'arrêtent dans le cours de la nuit. Le 20 au matin elles reprennent spontanément pour continuer avec régularité.

Je vois la malade à huit heures du matin et je trouve que le col n'est pas encore effacé. Il est cependant ramolli et assez entr'ouvert ou assez dilatable pour permettre à mes doigts d'arriver jusqu'à l'œuf. Le palper extérieur comme le toucher vaginal trouvent la tête fœtale sur le centre du détroit supérieur.

Les contractions continuent. Je vois la malade à huit heures et demie du soir, et quelle n'est pas ma surprise lorsque, par le palper et par le toucher, je trouve que le fœtus a changé de présentation et de position! D'une O. J. D. P. je trouve une présentation indirecte ou, comme on l'appelle, une présentation de l'épaule, céphalo-iliaque gauche, épaule gauche. La tête fœtale est dans la fosse iliaque gauche et le dos est en arrière. Le toucher, au lieu de constater la présence de la tête sur le détroit supérieur, y trouve une main.

Je fais alors la réduction céphalique en exerçant sur la tête une pression externe, qui l'a aussitôt renvoyée sur le centre du détroit ; chose curieuse, à neuf heures et demie le col était déjà effacé et offrait une dilatation de trois centimètres, tant la bonne présentation du fœtus influe sur la préparation du col.

Le travail marche, quoiqu'un peu lentement, et la malade accuse vivement ses douleurs ; elle a même la peau et le pouls ébriles.

A deux heures un quart après minuit, la dilatation étan‘

presque complète et la tête descendant dans l'excavation, je perce la poche des eaux en prenant les précautions suivantes :

Dans un accouchement prématuré le travail est long et l'enfant faible, aussi il faut laisser autour de ce dernier le plus d'eaux amniotiques possible. Je perce donc la poche avec la pointe d'une plume acérée, et je la perce non sur le centre de la tumeur, mais sur le bord même du col. Ce procédé a laissé écouler les eaux, mais très-lentement.

Après cela j'ai relevé le col, qui avait toujours de la tendance à se porter en arrière, et à ce moment, comme dans tout le travail, du reste, j'ai constaté, une sensibilité excessive de tous les organes génitaux internes ; mais ce qui m'a le plus surpris a été de voir une contraction ou plutôt un gonflement si prononcé du vagin et de son sphyncter, qu'à peine si les doigts explorateurs pouvaient les traverser.

Le travail s'avance lentement et l'engagement de la tête s'opère, mais l'occiput, au lieu de se porter sous le pubis et de s'engager, il se porte à gauche de l'arcade en première position. J'ai beau abaisser le plancher avec deux doigts introduits dans le vagin, la tête ne s'engage pas à travers le détroit inférieur. Après avoir attendu quelque temps je me suis vu sur le point d'appliquer le léniceps, lorsque enfin l'occiput est revenu vers la ligne médiane et s'est engagé sous l'arcade. J'ai facilité cet engagement en opérant la flexion artificielle, et par des pressions périno-rectales j'ai pu faire sortir la tête au dehors.

Les difficultés du détroit inférieur n'ont pas été moins grandes pour la sortie des épaules, car la tête fœtale reste enfouie dans le sillon vulvo-anal déprimé, et il m'est impossible d'arriver aux aisselles pour les accrocher. J'ai dû me contenter de presser sur le cou pendant la contraction utérine, tantôt en avant pour favoriser l'engagement des épaules, tantôt de côté pour favoriser leur rotation. Ces manœuvres ont enfin abouti, et, dès que j'ai pu accrocher l'aisselle postérieure, j'ai dégagé lentement le bras correspondant. Le reste a pu être extrait, mais par des tractions assez énergiques. (Il est cinq heures et demie du matin.)

L'enfant est une fille assez bien développée pour 8 mois et pour une grossesse où la mère a été si affaiblie; elle respire et

finit par crier moyennant quelques excitations. Cette enfant offre pour la tête 10 centimètres 1/2 dans le diamètre occipito-frontal ; 14 dans l'occipito-mentonnier ; 9 dans le sous-occipito-bregmatique ; 8 dans le biparietal ; 6 dans le bitemporal ; 8 1/2 dans le mento-frontal, et 10 dans le trachéolo-bregmatique. Une fois lavée, cette enfant a été enveloppée dans du coton et dans des linges chauds.

A cinq heures trois quarts, je délivre la femme, moyennant de légères tractions sur le cordon. Le délivre est sain, si ce n'est que le placenta est très-congestionné et noir. On remarque plusieurs noyaux fibrineux sur la surface fœtale de cet organe.

J'administre à la malade deux grammes de seigle en deux fois et lui serre le ventre avec un bandage.

Revenant à l'enfant, je trouve que sa peau, loin de rougir, devient plus bleuâtre, et sa respiration, loin de se faire plus forte, finit par devenir plaintive (la reprise de Billard). Je tâche de réveiller la circulation et la respiration en employant successivement les frictions, le bain chaud, même sinapisé, et autres excitants, mais avec un succès peu durable. Je revois cette enfant à dix heures du matin et je la trouve presque asphyxiée. J'avais fait saigner le cordon avant de le nouer ; je le délie encore sans pouvoir tirer du sang, ce qui me porte à mettre une sangsue à chaque pied ; enfin je puis avoir un appareil électrique et j'essaie sans succès même ce moyen. La secousse que j'éprouve à la main est assez vive, et appliquée à l'enfant elle ne fait même pas contracter ses muscles, n'importe le point du corps où l'on place les conducteurs. Cet enfant succombe à midi et demi, après avoir vomi beaucoup de liquide mêlé de sang.

Évidemment ces liquides avaient été avalés et le sang avait été exsudé par la muqueuse gastro-pharingienne, preuve évidente que l'état antérieur de cet enfant n'était pas normal ; ou peut-être le travail lui a été funeste par sa force et sa longueur. Ce n'est pourtant pas le manque d'eaux amniotiques qui en est cause, puisque la poche n'a été définitivement rompue par moi, avec l'ongle, que lorsque la tête était à la vulve.

La mère, à part les tranchées, s'est assez bien portée ; mais le 22 je la trouve fatiguée, le pouls est à 120. Le ventre est

sensible; cependant la matrice est dure, et sa rétraction me rassure sur les résorptions. J'ordonne des émollients et une alimentation légère. Le 23, les seins commencent à gonfler et pourtant le pouls baisse (100 puls.). Le 24, un léger frisson apparaît sans exacerbation du pouls et sans inflammation locale. Le 24 et les jours suivants, le pouls baisse encore plus et cette femme se remet sans autres accidents. Je la laisse le 27 en pleine convalescence.

OBSERVATION CCXXXVI.

Primipare. — Le travail individuel est insuffisant aux besoins des femmes à Paris, la liberté des mœurs en est la conséquence. — Le rapprochement de la menstruation comme signe d'ovulation et de fécondation.—Léger vice de conformation du bassin. — L'articulation sacro-coccygienne peut s'ankyloser à 20 ans. — Le palper abdominal pour reconnaître la présentation et la position du fœtus même dans les cas difficiles.— Grossesse prolongée, ses causes, ses signes. — La rétroversion du col utérin comme cause d'accidents. — Redressement artificiel, ses avantages.— La descente prématurée de la tête dans l'excavation n'est pas souvent le prélude d'un accouchement prompt. — On peut éviter les déchirures de la fourchette chez les primipares. — On peut opérer les petites manœuvres du travail sous les couvertures sans avoir besoin d'y regarder. — Naissance d'un garçon bien portant. — Délivrance spontanée et immédiate; cette délivrance n'est pas la plus naturelle. — Particularités dans la structure du placenta. — Résorption putride malgré les précautions prises pour l'éviter.— Causes probables chez cette femme.— Diagnostic et prompt traitement. — Sans les moyens employés la femme aurait succombé à la soi-disant fièvre puerpérale essentielle. — Parallèle de cette fièvre dans les hôpitaux et en ville.

Mlle M. L..., native du département de la Manche, est à Paris depuis 7 ans, rue de Cluny. C'est une fleuriste âgée de 20 ans, d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution.

Réglée à 16 ans, elle a continué de voir tous les mois en avançant toujours de 5 à 8 jours, et chaque fois le sang coule pendant 8 jours, sans occasionner de souffrance.

Cette femme, animée de bonnes intentions à l'endroit des mœurs, a essayé de vivre à Paris avec le fruit de son travail. Intelligente et active, elle a essayé les travaux d'aiguille, puis la fabrication des fleurs, mais sans pouvoir suffire aux besoins les plus urgents et les plus modestes. Enfin, elle a suivi l'exemple de tant d'autres filles qui habitent surtout le quartier Latin, et, en avril 1860, elle a accepté la compagnie d'un amant.

La menstruation n'a pas été dérangée en mai. Dans le mois de juin, le sang a coulé du 1er au 8. C'était l'époque; puis il a

reparu le 15 du même mois, et cette fois il a coulé seulement pendant 3 jours; puis il n'a plus reparu.

D'après les idées reçues, ce trouble de la menstruation n'a pas de signification; pour moi, au contraire, il est un des signes de l'ovulation de laquelle a daté la fécondation.

Le reste de la grossesse n'a rien offert de remarquable, si bien que mademoiselle M. L... n'est venue me voir que dans les premier s jours d'avril (1861), pour me dire qu'elle désirait faire ses couches dans ma maison d'accouchement.

Suivant mon habitude, je demande à palper le ventre de la femme encore recouvert de la chemise. Par ce moyen, je constate en effet la présence du tronc fœtal dans le segment gauche de l'utérus. Il offre le dos en avant et en dehors; mais où est donc la tête? La partie supérieure du tronc fœtal est continue avec le reste, de plus elle n'a pas la dureté et la rotondité de la tête: c'est le siége, en effet, non loin duquel je trouve de petites tumeurs mobiles qui sont les pieds. Le siége étant en haut, la tête devait être naturellement en bas, mais je l'ai cherchée en vain au niveau du détroit supérieur. A moins d'un enfant acéphale, il fallait donc dire qu'elle plongeait déjà dans l'excavation. Je n'ai pas voulu me contenter de ce diagnostic par exclusion, et, à l'aide de la palpation profonde, faite au niveau du détroit supérieur, j'ai fini par trouver en effet la tumeur céphalique dans l'excavation. Cette constatation est plus aisée à droite, où le front est libre, qu'à gauche, où l'occiput est caché par le cou. L'enfant est donc en première position du vertex (O. I. G. A.).

La neuvième époque cataméniale aurait dû apporter l'accouchement vers le milieu de mars; c'est aussi à cette époque que comptait accoucher Mlle M. L... Mais nous sommes aux premiers jours d'avril et le travail n'apparaît pas encore; il n'est même arrivé que le 21 de ce mois, et tout à l'heure nous tâcherons d'expliquer le fait.

Le 21, dès 6 heures du matin, les mouches commencent; mais, comme elles sont encore faibles, la malade se rend seulement à 2 heures 1/2 après midi à la maison d'accouchement. Je l'examine à ce moment par le moyen du toucher vaginal, et je trouve en effet que la tête fœtale remplit le petit bassin. Cette tête est recouverte du segment inférieur de l'utérus

aminci ; mais comme je fais cet examen la femme étant assise sur le bord d'une chaise, il m'est impossible d'atteindre le col.

Je fais coucher alors la malade, et pendant que je relève extérieurement le fond utérin avec la main gauche, je vais avec l'index et le médius de la droite aussi loin que possible pour atteindre le museau de tanche. Le col est tellement porté en arrière que, pour l'atteindre, il m'a fallu déprimer le périnée au point de faire crier la femme. Une personne peu avisée aurait pu croire que le col s'était effacé et dilaté au point que la tête n'était recouverte que par les membranes de l'œuf, tandis que ce col était encore assez épais quoique très-ramolli.

Le col utérin une fois saisi, je l'ai maintenu en avant pendant 45 minutes sans exercer aucune dilatation artificielle. Malgré cela, les eaux sont parties spontanément. La déviation du col, qui a certainement contribué à prolonger la grossesse, a aussi empêché la rupture des membranes, et dès que ce col a été redressé, la contraction utérine a suffi à les diviser.

Les choses marchant bien, on aurait dit que la tête devait promptement sortir au dehors ; cependant la chose n'a pas eu lieu. A 4 heures, je relève la lèvre antérieure, que je fais chevaucher, j'abaisse le plancher du bassin, et la tête reste toujours sur le détroit inférieur.

Ce fait, après bien d'autres, prouve la coïncidence d'un excès d'amplitude du bassin pour le détroit supérieur et l'excavation, tandis que le détroit inférieur est plutôt rétréci. Je cherche quel est le point le plus résistant de ce détroit, et je trouve le coccyx très-courbe avec une rigidité inflexible. La femme n'est pourtant âgée que de 20 ans.

C'est avec peine que cette tête s'engage à travers le détroi inférieur, malgré tout ce que je fais pour favoriser sa progression. Outre l'abaissement du plancher, j'essaye la flexion et l'extension artificielles. Les difficultés que j'éprouve pour cela tendraient à faire supposer que le fœtus est retenu par des tours de cordon ou par d'autres causes. Il n'en est rien cependant, et quand on porte le doigt sur la pointe du coccyx on sent qu'elle surtout arrête la progression fœtale. Dès que le détroit inférieur a été franchi, il restait à surveiller l'orifice vulvaire, et sans vouloir découvrir la malade, j'ai tenu à faire sortir la tête fœtale à huis-clos, tout en évitant les déchirures. Pour

cela, la main gauche arrêtait l'occiput tout en faisant chevaucher l'angle antérieur de la vulve, la main droite appliquée sur le périnée mesurait le degré de tension de la fourchette et poussait la tête en avant à mesure que les tissus le permettaient. La sortie a eu lieu, en effet, sans qu'il y ait eu la plus petite éraillure de la fourchette.

Une fois la tête sortie, je suis allé à la recherche de l'aisselle gauche, que j'ai portée en arrière, puis j'ai tiré dessus, et ainsi j'ai extrait le reste du fœtus (il est 5 heures 1/2).

L'enfant est un garçon bien vivace, dont l'embonpoint n'est pas considérable; mais sa longueur, de 52 centimètres, tend à confirmer la grossesse prolongée.

Dès que l'enfant a été retiré, j'ai senti que le placenta venait immédiatement après, de sorte que la délivrance a été aussi spontanée qu'immédiate. Est-elle plus naturelle pour cela?

Ici le travail a été un peu long; mais s'il devait se prolonger encore le fœtus aurait couru des dangers. J'ai examiné le délivre, et j'y ai trouvé la confirmation de bien des phénomènes.

Ainsi, le placenta est petit comparativement au volume de l'enfant, ce qui explique pourquoi cet enfant n'offre pas un développement proportionnel à la grossesse prolongée. Cette petitesse du placenta tient surtout à un cercle de caduque épaissie qui l'encadre sur une large étendue; enfin, on observe sur la surface fœtale de ce placenta des concrétions fibrineuses. On comprend qu'avec ces conditions de résistance le délivre ait été décollé de l'utérus avant même que cet organe ait expulsé le fœtus. Il est heureux qu'une hémorrhagie interne grave n'en ait pas été la conséquence.

Dès que la malade a été appropriée et remise dans le lit de repos, je lui ai serré le ventre avec une ceinture et lui ai administré deux grammes de seigle en quatre prises. Bouillons, potages, eau rougie pour la mère. L'enfant prend du lait coupé.

Le 22, l'enfant a une nourrice au sein, qui l'emporte à la campagne. La mère est bien, elle n'a pas eu de tranchées, malgré le seigle; mais cela dépend peut-être de la primiparité.

L'utérus, du reste, est assez bien revenu sur lui-même. Même régime.

Le 23, la matinée est bonne; mais peu avant midi il y a des frissons suivis de céphalalgie et de fièvre. Je vois la malade à 7 heures du soir, et déjà, en entrant dans la chambre, je sens une odeur de putréfaction. Je lui trouve les traits altérés et les joues couvertes de plaques rouges alternant avec des plaques de couleur très-pâle; il y a beaucoup de soif, et l'haleine a elle-même une odeur lochiale. Le pouls est à 120. Il n'y avait pas à s'y méprendre, quoique le ventre offrît peu ou pas de signes appréciables, une résorption s'était faite à travers les vaisseaux utérins. Il fallait, 1° la faire cesser au plus tôt; 2° combattre la matière résorbée. J'ai rempli la première indication en ordonnant de l'ipéca stibié, lequel ne produit pas seulement des efforts qui expulsent les détritus contenus dans l'utérus et dans le vagin ; le vomitif agit aussi sur l'utérus et les vaisseaux, qu'il fait contracter. Des injections vaginales prolongées ont été aussi opérées, et la malade a été entourée des plus grands soins de propreté.

Dès que l'effet du vomitif a été obtenu, j'ai rempli la seconde indication en donnant à l'intérieur du sulfate de quinine, du bouillon et de l'eau rougie.

Le 24 au matin, je trouve toujours le pouls à 120 et l'haleine fétide ; mais les traits sont moins décomposés, et pendant que l'utérus est dur, le reste du ventre est souple, indolore. On continue le sulfate de quinine, l'eau rougie, les bouillons, et de plus, on donne des potages. Le soir, le pouls est déjà à 100.

La nuit est calme. Le 26, la journée est assez bonne; il ne survient pas de frissons; mais dans l'après-midi, le pouls remonte à 110 pour diminuer la nuit. Mêmes prescriptions.

Le 27, le pouls est le matin à 80, et le soir à 90. Le mieux se dessine de plus en plus; cependant les seins n'ont encore offert aucune congestion. On donne à la malade de la viande et un peu de pain en sus des potages. Les 28 et 29, la femme est convalescente; on suspend toute médication. Le 30, elle veut à tout prix rentrer chez elle.

Réflexions. — Je ne puis m'empêcher de faire ici quelques réflexions, 1° sur la grossesse prolongée, dont les preuves ont

été fournies par la menstruation, par le volume fœtal et par le placenta ; mais la cause qui n'a guère été signalée par les auteurs est l'excès d'amplitude du petit bassin et la descente prématurée de la tête dans l'excavation. Lorsqu'avec cette descente le col reste dans l'axe de la vulve, tout est pour le mieux ; mais lorsque le col reste en arrière et en haut, ce col reste gros et résistant malgré la prolongation de la grossesse au delà des neuf mois. Bien plus, le col, par sa résistance, devient alors un obstacle et concourt à faire prolonger la grossesse; 2° un autre point que je veux examiner est celui de la résorption. Serait-ce dans les conditions de milieu, dans les conditions individuelles, dans les conditions générales ou locales que la maladie de cette femme a trouvé sa cause ?

A ce même moment régnait dans les hôpitaux de Paris une grande mortalité de femmes en couches ; on avait presque fermé la Maternité et la Clinique pour envoyer les malades faire leurs couches dans d'autres hôpitaux. Dans le service de M. Horteloup, où il y a trente lits, on a perdu 18 femmes en un mois. Ces conditions de milieu ont pu prédisposer, à mon avis, mais non donner la maladie ; notre malade a pu trouver aussi d'autres causes prédisposantes dans les couleurs qu'elle manie, le plomb ou l'arsenic qu'elle absorbe ; mais nul phénomène morbide ne s'est produit avant l'accouchement.

Probablement, le décollement prématuré du placenta a produit une hémorrhagie interne légère dont les caillots, restés adhérents, n'ont pas pu être expulsés, malgré l'administration du seigle, et ce sont assurément ces détritus décomposés qui, absorbés, ont empoisonné la femme. Sans les précautions, sans le traitement énergique surtout, la malade aurait succombé sans avoir offert de phénomènes inflammatoires dans l'abdomen. Dans les hôpitaux, assurément, les causes prédisposantes sont plus nombreuses qu'en ville, mais les causes déterminantes sont les mêmes, et ces causes sont malheureusement les plus négligées.

OBSERVATION CCXXXVII

Pluripare. — Le rétrécissement du bassin démontré par les résultats du travail de l'accouchement. — Deux grossesses à dix ans d'intervalle. — Le travail de 24 heures de durée est-il normal comme on le dit ? — Conséquences funestes de cette erreur. — Confusion habituelle et regrettable en-

tre la fatigue et la paresse de l'utérus.— Le seigle ergoté, qui peut être utile dans le dernier cas, est funeste dans le premier.— Circulaires du cordon au cou de l'enfant. — Mort de ce dernier. — Parallèle de l'expectation et de l'intervention dans ces cas. — Application du léniceps, ses avantages sur les médicaments internes. — Tous les excitants possibles ne font pas reparaître les pulsations du cœur fœtal quand elles ont disparu depuis plusieurs moments. — Rétablissement de la mère sans fièvre.

Le 30 avril 1861, à huit heures et demie du matin, j'ai été appelé rue du Sentier, chez madame F..., laquelle était en mal d'enfant depuis la veille, sans pouvoir accoucher.

C'est une marchande âgée de 31 ans, de taille petite et ramassée, sans offrir les signes du rachitisme aux jambes, quoique tout fasse présumer chez elle un léger rétrécissement du bassin.

Cette femme, de tempérament lymphatico-sanguin et d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladies graves. Mariée il y a douze ans, elle a eu une fille au bout de deux ans. La grossesse fut assez pénible, et le travail de l'accouchement dura vingt-quatre heures. L'enfant qui en naquit fut une fille qui vit encore ; mais la mère fut longtemps malade de cette couche, et, quoique remise, elle n'a eu la seconde grossesse qu'au bout de dix ans. C'est celle dont nous allons parler.

Le retard de cette grossesse peut sans doute reconnaître bien des causes; mais il ne faut pas croire que les difficultés du travail et la gravité de ses suites n'aient été pour rien dans ce résultat.

La grossesse présente n'a rien offert de particulier. Les règles ont paru pour la dernière fois le 25 juillet 1860, et dans le cours des neuf mois suivants madame F... a été encore moins souffrante que dans la grossesse précédente; elle a pris même de l'embonpoint.

La neuvième époque cataméniale correspondait vers le 25 avril 1861. En effet, à ce moment les prodromes se manifestent; mais le vrai travail ne commence que le 29 de ce mois, immédiatement après minuit.

Le médecin traitant (D. C.), qui avait, du reste, assisté madame F... à son premier accouchement, fut appelé de bon matin, le 29 avril, auprès d'elle.

Ce confrère, ayant pratiqué le toucher vaginal, n'a pu constater aucune partie fœtale sur le détroit supérieur, et, par consé-

quent, il n'a pas pu se faire d'idée sur la présentation et la position de l'enfant.

La journée s'est passée dans les douleurs les plus vives et sans avantage pour la dilatation du col utérin. A dix heures du soir seulement, les membranes se rompent spontanément, et alors les choses prennent meilleure tournure. La dilatation du col s'avance, et le toucher constate la présence d'une tête fœtale sur le détroit supérieur ; mais cette tête est encore élevée. Les contractions continuant d'une manière énergique, la tête finit par commencer à descendre dans l'excavation; mais une fois trois heures après minuit (le 30 avril), tout change d'aspect. Les contractions se ralentissent et finissent par cesser, de sorte que la tête arrête sa marche progressive.

Croyant ici à un défaut pur et simple de contraction, M C... administre trois grammes de seigle en diverses prises, et ce moyen a fait, en effet, reparaître les douleurs, mais faibles et presque continues. A l'aide de ces contractions, la tête a complétement plongé dans l'excavation, et l'on aurait dit qu'avec quelques efforts elle allait sortir ; mais la contraction utérine et les épreintes de la femme n'ont pas pu obtenir ce résultat.

Le fœtus, dans tout cela, avait cessé de faire des mouvements actifs depuis le soir; mais le cœur avait continué de battre toute la nuit. Dès le matin les pulsations cardiaquesont faibli, et enfin elles ont cessé ; et c'est à ce moment que M. C... m'a fait appeler auprès de cette malade.

J'arrive à neuf heures du matin auprès de cette femme, et je la trouve aussi fatiguée au physique qu'effrayée au moral. La tête fœtale, recouverte d'une forte bosse sanguine, apparaît au fond de la vulve; et quoiqu'il y ait encore des contractions, ou plutôt quoique l'utérus soit contracté d'une manière permanente, je propose de délivrer la femme par une application du léniceps.

La difficulté que j'ai éprouvée pour passer les cuillères de l'instrument entre la tête et les branches ischiopubiennes prouve qu'il y a rétrécissement du détroit inférieur. Trois tractions avec cet instrument ont suffi, cependant, à faire passer la tête fœtale à travers le détroit osseux ; son passage à travers les parties molles a été fait à l'aide de l'extension artificielle opérée par des pressions ano-périnéales.

La tête s'avançant difficilement, j'ai dû faire chevaucher sur elle l'angle antérieur et l'angle postérieur de la vulve, de manière que, quoiqu'au dehors, cette tête est restée profondément enfouie dans le sillon ano-vulvaire.

Ce résultat, joint à ce qui avait précédé, prouvait, ou que le fœtus était tenu élevé par des tours de cordon, ou que les épaules franchissaient difficilement le détroit supérieur. La première de ces difficultés a été reconnue aussitôt, et ne pouvant pas dégager le cordon, tant il était serré, il m'a fallu le couper. Si cet obstacle était le seul, la descente du fœtus devait être facile désormais; mais il n'en a été rien. J'essaye d'accrocher l'aisselle gauche pour la porter en arrière, et j'éprouve la plus grande difficulté. Après bien des efforts, je suis plutôt arrivé à accrocher l'aisselle droite, que j'ai portée en avant, et en tirant dessus, j'ai fait descendre les épaules jusqu'à pouvoir accrocher aussi l'aisselle gauche. La traction double a enfin permis d'extraire le tronc, mais non sans peine, tant le fœtus passait à frottement à travers le détroit inférieur. Il est neuf heures et demie.

L'enfant que j'ai retiré est un garçon bien développé, sans doute, mais qui n'offre rien d'extraordinaire (3,560 grammes); la disproportion n'était que dans le bassin rétréci de la mère. A ce propos, il faut remarquer l'espèce de contradiction qu'il y a entre tout ce qui démontre ici le rétrécissement du détroit inférieur et la facilité que j'ai trouvée à extraire la tête une fois saisie avec le léniceps. C'est que cet instrument, une fois qu'il a entouré la tête, la protége contre les pressions excessives du bassin; et, comme une fois articulé, il reste rigide, c'est lui qui a forcé les ischions à s'écarter un peu pendant les tractions. Les anciens ont sans doute exagéré l'écartement des os du bassin; mais les modernes l'ont aussi beaucoup trop nié. Les modifications que la grossesse apporte dans la circulation du bassin ramollissent assez les articulations du pelvis pour que la force du corps fœtal, et surtout l'action du forceps, fassent gagner quelques millimètres aux diamètres du détroit inférieur. Mon léniceps est encore plus apte que tout autre instrument pour obtenir ce résultat.

Pendant que M. C... est resté auprès de la malade pour la délivrer, j'ai essayé de ranimer l'enfant; mais tous les exci-

tants, sans en excepter l'insufflation, sont restés sans résultat. Le cœur n'a pas battu un instant. La décoloration générale de la peau et les plaques bleuâtres qu'on observe par-ci par-là, prouvent une mort qui date déjà de plusieurs instants. Quant à la bosse sanguine de la tête, qui est très-développée ici, elle a pu commencer pendant la vie, mais la mort ne l'a pas empêchée d'augmenter de volume.

L'opération une fois finie, j'ai abandonné cette malade au médecin traitant, et, d'après les renseignements que j'ai pris ultérieurement, la guérison a fini par se faire en bien moins de temps qu'au premier accouchement.

Réflexions.— Ce confrère aurait certainement pu agir mieux ; mais la faute n'en est pas à lui ; ainsi on a écrit dans tous les livres qu'un travail qui dure vingt-quatre heures n'a rien d'anormal, et, pour preuve, on n'aurait qu'à citer le résultat du premier accouchement de cette femme. Lorsque la nature fait les choses physiologiquement, elle termine le travail en quelques heures, bien des fois même en quelques minutes, et non en 24 heures. Le principe de ne pas venir en aide avant vingt-quatre heures a coûté la vie à plus de femmes et d'enfants que n'en ont tués la peste et le choléra.

Une autre faute commise, non par le confrère, mais par les idées reçues, est celle de confondre la paresse de l'utérus avec la fatigue de cet organe. Ainsi l'utérus, comme tous les muscles, a une somme de forces à dépenser. Si des obstacles empêchent le fœtus de sortir avant que cette somme soit finie, l'utérus cesse de se contracter, non par paresse, mais par fatigue excessive. Le seigle, qui pourrait le stimuler dans le cas de torpeur primitive, ne fait que peu d'effet dans le cas d'exténuation. C'est une bête de somme qui cesse de marcher par exténuation de fatigue ; la battre alors, c'est lui faire faire quelques pas de plus, mais pour tomber encore plus exténuée. Nous appellerions cruel le conducteur qui agirait ainsi avec les bêtes ; on le condamnerait à une peine en Angleterre ; et pourtant on recommande le contraire dans la science pour la femme et l'enfant. Le meilleur moyen d'éviter la fatigue de l'utérus, c'est d'aplanir les difficultés avant que ses forces soient épuisées, comme le meilleur moyen d'arriver au but

avec la bête de somme, c'est de ne pas la trop charger ou d'alléger son fardeau dès qu'elle commence à être fatiguée.

OBSERVATION CCXXXVIII.

Primipare. — La surexcitation sexuelle du mariage peut simuler la grossesse commençante. — La suppression des règles est aussi au nombre des signes fautifs. — L'ovulation et la fécondation sont arrivées plus tard. — Erreur de croire que la ponte des œufs accompagne toujours l'écoulement menstruel. — Comment rectifier par le palper l'erreur de la fécondation aux diverses époques de la grossesse. — Les symptômes de la congestion cataméniale de l'utérus simulant un travail à terme. — L'état du col en rapport avec l'époque de la grossesse. — Crainte d'une grossesse extra-utérine. — Diagnostic différentiel entre cette grossesse et celle qui a lieu dans l'utérus. — Accouchement à terme d'une fille sans accidents.— Les sages-femmes à Paris ne sont guère plus instruites qu'ailleurs, et sont plus prétentieuses.

Le 2 mai 1861, le regrettable confrère et ami docteur Foucart m'a prié d'aller voir une de ses clientes, rue de l'Odéon, laquelle paraissait avoir une grossesse insolite. Ne voulant être assistée que d'une sage-femme, cette malade s'était bornée à recevoir ses soins; mais comme cette sage-femme avait fini par avoir des craintes graves, on en avait parlé au médecin traitant, et celui ci, sans même examiner la malade, a exigé ma présence.

La femme que j'ai été appelé à examiner était une modiste âgée de 22 ans, petite de taille, d'un tempérament lymphatico-sanguin, mais d'une bonne constitution.

Menstruée à l'âge de 15 ans, elle a continué de voir tous les mois pendant trois jours, sans être souffrante.

Mariée depuis bientôt un an, elle a eu presque aussitôt des symptômes de grossesse; mais qui, comme nous allons le voir, étaient trompeurs.

Ces symptômes étaient des malaises généraux, et surtout du bas-ventre; trouble de la digestion bientôt suivi de nausées, augmentation du volume des seins, pâleur, et même un peu d'amaigrissement, grossissement subit du ventre, enfin, les règles arrivent pour la dernière fois, du 10 au 14 juillet 1860.

Tous ces symptômes semblaient affirmer une grossesse, et cependant la fécondation n'avait pas encore eu lieu; c'est précisément à une époque plus tardive qu'elle s'est opérée, comme nous allons le voir.

Comptant qu'elle était grosse depuis le mois de juillet,

Mme R... a trouvé que les mouvements de son enfant se sont fait un peu attendre. Ils sont arrivés pourtant, et on a été fixé sur une grossesse qui finissait par se rendre douteuse. C'est maintenant l'époque de l'accouchement qui va intriguer la sage-femme.

Cette époque correspondait vers le milieu d'avril 1861 ; mais à l'approche du milieu de mars, déjà la malade croit accoucher. Il y a à ce moment des malaises, et même des douleurs très-marquées. On appelle la sage-femme, et celle-ci constate des contractions utérines assez régulières ; mais le col utérin reste sans éprouver de modification.

Cette menace n'était que la congestion cataméniale de l'utérus; aussi a-t-elle cessé spontanément. Dès le 10 du mois d'avril, ces menaces de travail reparaissent, parce que c'est encore l'époque cataméniale, et comme on croit que c'est là le terme des neuf mois, on attend avec sécurité que le travail se prononce.

La sage-femme constate que les contractions utérines, cette fois, se font de plus en plus fortes, et se répètent tous les cinq minutes, sans pour cela que le col éprouve de modification notable. Avec l'intention de faciliter ce travail, elle fait une saignée à la malade ; mais loin de se prononcer, le travail s'arrête complétement, comme au mois précédent.

La sage-femme, quoique surprise dans son attente, ne fait rien dans le cours d'avril ; mais dès que la fin de ce mois approche, elle examine la malade avec encore plus de soin.

Le 1er mai, les malaises recommencent, et cependant le col utérin reste encore long et à peu près fermé. Ce col est fortement en arrière pendant que la tête fœtale, coiffée des parties maternelles, est en avant. Ces tentatives infructueuses de travail, la prolongation présumée de la grossesse, la forme un peu bosselée du ventre et l'état du col, ont fait croire à la sage-femme qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, ou tout au moins d'une grossesse gémellaire ; aussi a-t-on appelé M. Foucart, lequel m'a chargé d'examiner cette malade.

Après avoir fait coucher cette femme, je l'ai examinée d'abord par le palper abdominal, et j'ai trouvé : 1° qu'elle porte un seul enfant situé en première position du vertex (O. J.G. A.); 2° que la tête de cet enfant peut être parfaitement sentie à

droite et à gauche au-dessus du détroit inférieur du bassin, preuve évidente qu'elle ne plonge pas dans l'excavation; 3° enfin le palper trouve que le fond de l'utérus dépasse le nombril à peine de plus de deux travers de doigt.

Cet examen seul a éloigné de moi l'idée de la grossesse extra-utérine; et comme le fond utérin n'arrive même pas aussi haut qu'à terme, comme la tête fœtale ne plonge pas dans l'excavation, il peut bien se faire qu'il s'agisse d'une grossesse utérine qui n'est pas encore au neuvième mois.

Je pratique le toucher vaginal, et je trouve que le col, quoique un peu long et recourbé à sa concavité antérieure, est assez mou pour se laisser pénétrer par la palpe du doigt. Avec un peu d'effort, je pourrais le parcourir jusqu'à traverser l'orifice interne pour arriver jusqu'à la tête fœtale qu'on sent, du reste, en avant, à travers la paroi utérine; mais comme il s'agit d'une primipare, je m'exposerais à produire de la douleur et à provoquer des contractions prématurées. Pendant que la main droite explorait le col, la gauche, placée au dehors pour redresser l'utérus, a précisément senti cet organe se durcir. Après avoir retiré alors le doigt de la cavité du col, j'ai essayé de le faire glisser le plus loin possible, dans le sillon qui sépare en avant ce col de la tête fœtale pour savoir si, par hasard, le col, boursoufflé comme dans les grossesses extra-utérines, ne serait pas séparé de la poche fœtale située entre la matrice et la vessie; mais la chose m'a été impossible. Le col était continu avec la poche fœtale, c'est-à-dire que tout démontrait une grossesse utérine non encore arrivée à terme.

Comme les contractions prématurées qui avaient fait croire à l'accouchement depuis plus de deux mois sont quelquefois le résultat d'un rhumatisme utérin, je palpe successivement toute la surface de la matrice, et je n'y trouve pas la sensibilité très-marquée qui accompagne cette maladie. Quant à la forme un peu bosselée du ventre, elle dépend à la fois de la saillie que fait le siége de l'enfant situé au haut et à gauche, pendant que le fond utérin est dévié vers la droite.

D'après cet examen, tout s'expliquait parfaitement; aussi ai-je dit à la sage-femme que, loin de se préoccuper du retard du travail, il fallait l'attendre à son heure; bien plus, qu'il fallait suspendre, autant que possible, les contractions prématu-

rées en donnant quelques petits lavements laudanisés le soir, et en administrant le matin une pilule composée de 10 centigrammes de sulfate de quinine et 15 centigrammes de pâte de cynoglosse.

Ce petit traitement a, en effet, suspendu les menaces du travail, et le 16 mai, Mme R... accouchait spontanément d'une fille bien portante, plutôt plus petite que plus forte qu'un enfant à terme.

Réflexions. — L'observation parle assez des causes qui ont induit la sage-femme en erreur, et des voies que j'ai suivies pour rectifier ces erreurs; mais elle prouve aussi qu'à Paris même l'instruction des sages-femmes est loin d'être de beaucoup plus avancée qu'ailleurs, tandis que, dans la capitale, elles ont de plus une présomption démesurée. La prévention malheureuse qu'ont quelques malades contre les soins des médecins les rend souvent victimes de l'ignorance arrogante de ces sages-femmes. Ainsi, en voilà une qui a préféré rester pendant deux mois dans le doute; elle a préféré alarmer la famille en parlant d'une grossesse extraordinaire, tandis qu'il s'agissait d'une grossesse très-simple. Il a fallu qu'elle n'y comprît plus rien pour se décider à en parler au médecin traitant, tandis que celui-ci a fait effacer aussitôt les doutes et les alarmes.

OBSERVATION CCXXXIX.

Primipare. — Le coït pendant les règles et la fécondation. — Préceptes des lois juives sur ce point. — Valeur des malaises passagers ou persistants de la grossesse. — Volume de l'utérus proportionnel à la grossesse. — Qualités qu'offre cet organe au palper selon que la grossesse est bonne ou mauvaise. — Distinction entre la douleur de la contraction et de la tension passive de l'utérus. — Hydropisie amniotique. — L'hydropisie de l'amnios annonce d'ordinaire, une maladie fœtale. — Le fœtus, quoi qu'on en dise, consomme une grande partie des eaux amniotiques. — Action des préparations iodées sur les organes innervés par le grand sympathique, et en particulier sur l'utérus. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Naissance d'un enfant atteint de *spina-bifida* et mort peu après. — Rétablissement de la mère. — Déceptions difficiles à prévoir dans la pratique médicale.

Le 23 février 1861, mon honorable confrère et ami le docteur Marchal (de Calvi), me priait d'aller voir une de ses clientes, Mme L..., logée rue des Halles, laquelle portait une grossesse maladive.

Cette dame est une commerçante âgée de 21 ans, de taille

moyenne, de tempérament lymphatico-sanguin et d'une assez bonne santé.

Réglée à 16 ans, elle a continué de voir tous les mois régulièrement pendant trois jours. Son mariage n'a pas troublé sa santé ; mais deux ans se sont écoulés sans fécondation. Son mari, deux fois plus âgé qu'elle, paraît jouir d'une santé passable; mais il a eu des maladies de jeunesse qui expliquent, jusqu'à un certain point, le retard de la fécondation, comme la grossesse maladive dont nous allons parler.

Les règles ont paru, pour la dernière fois comme d'habitude, dans les premiers jours de juillet 1860, et c'est de ce moment que cette dame croit être enceinte. Le mari, cependant, me fait remarquer que, dans les premiers jours d'août, le sang menstruel avait commencé de couler lorsqu'il eut un rapport sexuel, et l'écoulement s'arrêta aussitôt pour ne plus reparaître.

Ce qui va suivre tend à prouver que la fécondation a eu lieu en effet à cette dernière époque et non avant ; mais est-ce parce que le coït a eu lieu pendant l'écoulement qu'il a été fécondant? Déjà ces idées avaient cours dans la science, et la théorie de l'ovulation mensuelle est venue leur donner plus de poids ; mais s'il suffisait d'opérer le coït pendant l'écoulement du sang pour obtenir la fécondation, il y aurait peu de femmes qui resteraient stériles. Les Juifs eux-mêmes enfreindraient volontiers, pour une fois, leur religion, pour avoir des enfants ; mais il n'en est pas ainsi. Il faut dire plutôt que, si quelquefois le coït est fécondant pendant les règles, si ce coït surtout suspend l'écoulement en même temps qu'il apporte la fécondation, c'est que l'ovulation trouble la menstruation, ou pour l'époque, ou pour la durée de l'écoulement sanguin. Le coït n'est fécondant alors que parce qu'il correspond à l'ovulation.

Nous allons voir ici le fœtus porter une maladie grave et confirmer un préjugé populaire, qui veut que la fécondation opérée pendant les règles donne des enfants malades. Ce préjugé donnerait aux lois juives une valeur pathologique, tandis qu'ici, comme en bien d'autres points, Moïse n'a défendu le coït pendant les règles que par mesure d'hygiène.

Les premiers mois de cette grossesse s'étaient assez bien

passés, et madame L... avait déjà commencé à percevoir les premiers mouvements de son enfant lorsque des malaises vinrent la fatiguer. M. Marchal, médecin traitant, prescrivit quelques moyens hygiéniques plutôt que thérapeutiques, et voyant, malgré cela, les malaises augmenter, il préféra m'adresser sa cliente.

A ma première visite (du 25 février 1861), je m'enquiers d'abord des précédents, et puis je palpe le ventre de la malade pour me rendre compte à la fois de l'époque de la grossesse et des malaises qui l'accompagnent.

Je trouve, 1° que le fond utérin dépasse le nombril de plus de deux travers de doigts, et ce développement indiquerait une grossesse de huit mois environ, ce qui correspondrait avec le compte de cette dame, tandis qu'il ne correspondrait pas avec le compte du mari ; 2° je trouve que l'utérus, loin d'être souple comme il l'est dans les cas de grossesse normale, est tendu et légèrement douloureux à la pression sur tous ses points. Cette sensibilité générale exclut, soit le rhumatisme utérin, soit les points névralgiques des parois abdominales ; 3° malgré cette tension utérine, je puis reconnaître par le palper la présence d'un fœtus situé en première position du vertex (O. J. G. A.).

A ces renseignements offerts par le palper j'aurais pu joindre ceux du toucher vaginal ; mais cette exploration répugne à la malade, et je n'ose pas y insister pour ma première visite. En attendant, madame L... m'apprend qu'il n'y a ni pertes aqueuses ni pertes purulentes par le vagin. Son enfant, depuis quelque temps, exécute des mouvements faibles ; et sans qu'il y ait de fièvre, il y a cependant prostration générale chez elle, avec des douleurs au ventre, ainsi que dans la région lombaire.

Que penser de cet état? Ma première impression a été celle d'une congestion utérine causée par la position toujours assise de la malade, par l'approche de l'époque cataméniale, par le coït, par l'usage du corset, etc. Aussi je me contente de prescrire un repos absolu de l'organe malade, la suspension du corset, l'usage des bains généraux et l'application de quelques sinapismes sur les membres supérieurs. L'absence de fièvre et la pâleur de la malade éloignent de la saignée. Enfin, pour combattre les contractions utérines qui accompagnent le plus

souvent la congestion, j'ordonne des quarts de lavements laudanisés.

Ces moyens ont un peu soulagé la malade, c'est-à-dire que les douleurs abdominales ont diminué, et l'enfant a été un peu plus actif. Je revois la malade le 11 mars, et avec cette amélioration je constate une légère diminution dans le volume et la tension de l'utérus. Cette différence tenait-elle à la subcontraction utérine? La chose paraissait possible; mais il y avait évidemment encore trop d'eaux amniotiques pour l'époque de la grossesse.

Le 22 mars, on m'appelle auprès de cette dame, et je la trouve encore plus fatiguée qu'avant; l'utérus est aussi volumineux qu'à terme, et de plus, il est tendu d'une manière permanente. La malade est plus pâle et les douleurs abdominales sont plus vives. Cette fois, l'idée de la congestion ne pouvait plus subsister; aussi je ne crains pas de dire au mari que la santé de l'enfant me préoccupe. L'auscultation m'a fait voir qu'il vit; mais les symptômes qu'offre la mère et la diminution des mouvements actifs tendent à faire croire qu'il n'est pas bien portant.

Je reviens aux dérivatifs précédents pour décongestionner l'utérus momentanément; en sus de cela, je fais prendre à la malade quelques cuillerées par jour d'une potion de 100 grammes, où je fais mettre 3 grammes d'iodure de potassium et quinze gouttes de teinture d'iode.

Le traitement, cette fois, a produit encore meilleur effet que le mois précédent, et, chose curieuse, le volume de l'utérus, au lieu de croître, est allé en diminuant. Ceci tient-il à ce que les préparations iodées ont une action sur l'utérus, ou bien ont-elles eu un effet salutaire sur l'enfant? Les deux effets peuvent s'être ajoutés, de sorte que le reste du mois de mars et presque tout le mois d'avril se sont assez bien passés. J'ai vu la malade le 28 de ce dernier mois, et nous avons arrêté le détail de tout ce qui est nécessaire pour l'accouchement et ses suites. Si le compte de cette dame était juste, c'est dans les premiers jours d'avril que le travail aurait dû arriver; mais évidemment la fécondation avait eu lieu à l'époque indiquée par le mari, ce qui portait l'accouchement aux premiers jours de mai.

Le 3 de ce dernier mois, je reçois en effet une lettre de

M. L..., par laquelle il m'annonce l'accouchement de sa femme. Il me dit qu'ayant été prise subitement par les douleurs de l'enfantement, on n'avait pas cru être à temps pour me faire demander, quoique je ne fusse pas loin. On avait demandé un médecin du voisinage, ou une sage-femme peut-être; mais ce qu'on ne m'avait pas dit, et que j'ai su plus tard par la voie de M. Marchal, est que l'enfant portait derrière le cou une *spina bifida*, et qu'il a succombé peu après la naissance. La mère paraît s'être bien remise de ses couches.

Réflexions. — Quelquefois le médecin qui s'attend à être appelé d'un moment à l'autre pour un accouchement, se prive de sortir de chez lui, renonce momentanément à des affaires importantes pendant que mille causes peuvent le frustrer dans son attente. Ces cas, heureusement, sont rares, et le praticien sait qu'il vaut mieux se tenir en vain sur l'expectative que de s'éloigner et être cherché quand on est absent.

La réflexion à laquelle je veux surtout m'arrêter, est celle des signes qu'on peut trouver ici de la maladie fœtale.

L'observation clinique m'a démontré jusqu'à l'évidence que lorsque le fœtus est malade ou récemment mort, on trouve comme phénomène constant une augmentation des eaux amniotiques dans l'utérus, augmentation qui est démontrée par le volume et la tension insolite de l'organe avec d'autres phénomènes locaux ou reflexes. La diminution des mouvements actifs qui coïncide avec ces symptômes, n'est pas la conséquence de l'augmentation des eaux amniotiques, comme on l'a cru; le défaut de mouvements et l'augmentation des eaux ont lieu, au contraire, parce que le fœtus est souffrant. Ceci n'est guère admissible avec les idées reçues qui font résorber les eaux amniotiques par la muqueuse utérine, tandis qu'il est démontré pour moi que le fœtus consomme la plus grande partie de ces eaux, soit en les avalant, soit en les absorbant par la muqueuse bronco-pharyngienne, où elles vont et viennent pendant les mouvement mécaniques de la respiration intra-utérine.

Un point pratique assez embarrassant est celui de distinguer l'hydramnios de l'hydrométrie ou de l'accumulation du liquide dans la poche amnio-choriale. Lorsqu'après la distension utérine, l'hydrorrhée a lieu, ou que la surface utérine offre une

saillie distincte de celle où l'enfant est renfermé, on peut presque assurer qu'il s'agit d'une hydrométrie et que le fœtus peut être sain. Ailleurs, où l'hydrométrie est moins apparente, il est difficile de la distinguer de l'hydramnios, et, par conséquent, il faut porter avec réserve un pronostic sur la santé de l'enfant. L'activité ou la faiblesse de ses mouvements peut alors aider à éclairer le jugement.

OBSERVATION CCXL.

Pluripare. — L'obésité chez les gens qui respirent des vapeurs nutritives. — La puberté précoce dans les pays froids. — Symptômes singuliers accompagnant la menstruation. — Hérédité dans les phénomènes de la vie utérine. — Perturbation apportée par la gestation dans ces phénomènes. — Diversité de sympathie entre l'utérus et les seins selon l'état de vacuité et de grossesse. — Les règles et les hémorrhagies d'un avortement. — Les avantages du toucher vaginal avec deux doigts pour l'extraction de l'œuf engagé dans le col. — Caractères anatomiques entre le vrai et le faux germe. — Signes rationnels et sensibles d'un avortement effectué. — L'hypertrophie des glandes sudorifères simulant un eczéma. — La thérapeutique impuissante ou nuisible dans le traitement de ces aberrations physiologiques. — Le secret du médecin.

Mademoiselle E., native de la Suisse, et habitant Paris depuis six ans, rue Taitbout, est une cuisinière âgée de 30 ans, d'une taille au-dessous de la moyenne, mais replète jusqu'à l'obésité comme cela arrive souvent à ceux qui respirent des vapeurs nutritives. Les bouchers, les boulangers, les femmes de la halle, etc, en offrent de nombreux exemples.

Cette femme, quoique née dans un des cantons les plus élevés de la Suisse, a été menstruée à 14 ans, comme dans les parties les plus tempérées du reste de l'Europe, et le sang a continué de couler tous les mois pendant cinq jours avec abondance.

Dès l'âge de 17 ans, un phénomène singulier a accompagné la menstruation chez cette femme.

Trois jours avant l'apparition des règles, la malade est prise d'un sentiment douloureux dans le sillon qui sépare les seins des fausses côtes, et bientôt sur tout ce sillon, la peau devient le siége d'un suintement abondant de sérosité. Si la malade met dans le sillon des linges suffisants pour absorber le liquide, la peau conserve à peu près sa couleur normale, sinon, elle devient rouge et plus sensible. L'écoulement séreux ne dure guère que quatre jours, et lorsqu'un sein a cessé de couler, l'autre commence pour couler aussi quatre jours. Ces alternatives sont

tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche, sans ordre arrêté. Une fois les règles passées, l'écoulement ne reparaît plus.

Les sœurs de cette femme, au nombre de quatre, n'ont jamais rien eu d'analogue, mais la mère a eu un suintement mensuel de sérosité de la même région. Il y a eu seulement de différent que, chez la mère, le suintement a commencé à la ménopause, et a duré exactement tous les mois pendant seize ans, comme si cette femme avait une menstruation supplémentaire.

Mademoiselle E. a eu, à l'âge de 24 ans, une première grossesse qui s'est terminée à neuf mois, par la naissance d'un garçon qu'elle a nourri onze mois. Pendant la grossesse, comme pendant l'allaitement, le suintement des seins n'a pas reparu, mais il s'est établi exactement comme auparavant dès que les règles sont revenues.

Cete demoiselle a quitté alors la Suisse pour habiter Paris, et chez elle comme dans la capitale, elle a consulté divers médecins, pour le suintement incommode des seins. On a donné à la malade des purgatifs répétés, on lui a donné des dépuratifs, on a appliqué sur la partie des répercussifs, des astringents, et toujours sans succès. La malade a même remarqué que si l'écoulement retarde ou que la sérosité ne soit pas aussi abondante que d'habitude, il y a des malaises généraux et locaux.

Les choses en étaient là lorsqu'a eu lieu la grossesse suivante, qui est la deuxième.

Les règles sont arrivées comme d'habitude du 23 au 28 mars (1861), et dans le cours du mois d'avril, cette femme avait vu deux fois son amant. Elle attendait les menstrues à la fin de ce mois, mais rien n'est arrivé. Le 1er mai, le sang arrive, mais en petite quantité et ne dure que trois jours.

Huit jours après, le sang reparaît en si grande abondance que ce ne sont plus les règles, mais une véritable perte, qui a duré 24 heures et a cessé spontanément.

Depuis ce moment, il y a des malaises qui feraient supposer une grossesse, mais qui n'ont pas empêché mademoiselle E. . de continuer son travail. Le 16 mai, pendant qu'elle était au lit, apparaît une hémorrhagie si abondante que la malade a une syncope. Elle a en même temps des coliques assez prononcées,

et le suintement des seins, qui avait cessé depuis le mois de mars, a reparu, du côté droit surtout.

Je suis appelé le 17 au matin auprès de cette femme, et je la trouve pâle, avec le pouls apyrétique, mais très-faible. Les personnes obèses n'ont pas autant de sang qu'on le croirait de prime abord; elles sont quelquefois même anémiques. Les questions que j'adresse à la malade et ses réponses me font croire aussitôt à un avortement; mais la malade dit n'avoir rien rendu, si ce n'est des caillots sanguins. J'aurais pu m'en assurer par moi-même si tout n'avait pas été jeté, et il m'a fallu établir autrement le diagnostic.

Le palper, difficile ici à cause de l'obésité, permet cependant de constater un empâtement douloureux dans le petit bassin. Le toucher vaginal trouve engagé déjà dans le col un corps charnu d'une mollesse soyeuse, qui démontre une fausse couche à moitié effectuée.

Le sang continuant de couler encore, je tâche de terminer la fausse couche pour arrêter au plus tôt la perte; mais comment agir? Le seigle aurait peut-être suffi, mais son action, dans les avortements, n'est pas aussi sûre que dans les accouchements à terme. Devais-je saisir l'œuf avec la pince dite à faux germe? D'abord, je ne l'avais pas sous la main, et quand même je l'aurais eue, je n'aurais peut-être pas bien fait de m'en servir; car le placenta, ainsi que le reste de l'œuf, se déchirent souvent quand on veut tirer dessus avec cette pince, lors surtout que le décollement n'est pas complet.

Un moyen plus simple, qu'on a tort de ne pas mettre en usage, c'est celui des deux doigts. Lorsque, pour pratiquer le toucher vaginal, on se sert simultanément de l'index et du médius, comme je le fais habituellement, on en retire une foule d'avantages, et celui de pouvoir isoler et retirer les détritus de l'œuf est de ce nombre.

Certes que si l'œuf n'est pas encore suffisamment engagé dans le col, ou que s'il n'est pas entièrement décollé, les doigts ne suffisent pas à l'extraire; mais aussi, dans ces cas, il n'est pas prudent de tirer sur cet œuf, dans la crainte de le déchirer et de rendre son expulsion plus longue. Les doigts, dans ces cas, servent, en glissant entre l'œuf et le col, à réveiller les contractions; et quand on les a habitués à cet exercice, on fait

de son médius et de son index une pince moelleuse et intelligente qui peut saisir l'œuf sans le déchirer. C'est ce que j'ai fait chez mademoiselle E..., non sans quelque difficulté.

Le germe et le col dans lequel il était serré, étaient trop mobiles pour me permettre une saisie solide; et pour la rendre possible, j'ai dû immobiliser le corps utérin en appuyant avec la main gauche sur l'hypogastre. Cette précaution m'a permis d'opérer une délivranceimmédiate.

Le corps que j'ai extrait a, de prime abord, la forme et les dimensions d'un œuf de poule. Voici ce qu'il offre à l'examen détaillé :

En le déployant, on lui trouve une surface externe chagrinée et saignante, qui était évidemment en rapport avec la muqueuse utérine. La surface opposée ou interne, bien plus petite, est lisse, mais privée de cordon ombilical et d'embryon. On trouve cependant, sur un point, des restes de la membrane amnios. Incisé dans sa partie épaisse, cet œuf offre un tissu placentaire très-distinct avec sa texture filandreuse. Nul doute qu'il ne s'agisse d'un produit de conception dont l'embryon, le cordon et une partie des membranes ont été chassés avec les caillots avant mon examen.

Doit-on appeler cela un faux germe, comme on l'a fait souvent? Evidemment non. Celui-ci est un vrai germe fécondé, expulsé prématurément. On devrait réserver le nom de faux germe aux corps que l'utérus peut produire et expulser, sans qu'il y ait eu fécondation, et où on cherche en vain l'embryon, le cordon, le placenta et quelques autres particularités caractéristiques. Quant aux tissus fibreux ou membraneux, il faut être sur ses gardes, car on peut les trouver dans les véritables faux germes.

L'œuf et les caillots vaginaux une fois extraits, j'ai donné à la malade deux grammes de seigle en deux fois, ce qui lui a causé quelques tranchées. Le sang est allé en diminuant depuis l'extraction de l'œuf. Quelques injections d'eau froide et un régime réparateur (potages, vin) ont constitué le traitement des 18 et 19. Le toucher vaginal, pratiqué dès le 18, trouve le col utérin fermé, preuve à peu près certaine que la matrice a expulsé tout le produit. Le 21, la malade est tout à fait bien, mais je l'engage à rester encore quelques jours au lit pour

réparer le sang perdu et éviter les malaises qui suivent les hémorrhagies graves quand on garde la station verticale.

Voyant que j'allais la quitter, cette femme me consulte pour tâcher d'arrêter l'écoulement des seins. J'examine la partie, et j'y trouve une rougeur uniforme dans tout le sillon qui sépare les seins de la paroi thoracique en bas. En explorant bien, on voit à l'œil nu, on sent même sous le doigt un pointillé qui correspond aux points d'emergence des poils. On serait tenté de croire à un eczéma; mais évidemment il s'agit seulement d'un développement anormal des glandes sudorifères et d'une rougeur erythémateuse qui accompagne leur hypersécrétion lorsque le sein est congestionné par la menstruation. Je n'ai rien ordonné, si ce n'est des soins de propreté.

J'ai quitté cette malade sans faire savoir à son entourage et même à sa maîtresse, qui m'avait pourtant questionné sur ce sujet, sans faire savoir, dis-je, qu'il y avait eu fausse couche. La malade seule a connu toute ma pensée. En disant qu'il y avait eu perte de sang, je faisais une réponse satisfaisante et sans mentir.

OBSERVATION CCXLI.

Multipare. — La pauvreté du sang, qu'elle soit spontanée ou symptomatique de l'absorption du plomb, n'empêche pas la pluralité des ovulations et des fécondations. — Le plomb a une action fâcheuse bien marquée sur le produit de la conception, précautions à prendre pour cela. — Les malaises de la grossesse sont-ils assez incurables, et surtout assez innocents pour devoir être négligés? — Inconvénients d'un bain trop chaud. — Symptômes de la congestion anormale de l'utérus gravide, son traitement. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Influence des petites manœuvres pour abréger le travail. — Naissance d'un garçon bien portant. — Avantages de l'emploi préventif du seigle ergoté après l'accouchement. — Débris de l'œuf resté dans l'utérus; peut-on toujours les éviter, les connaître, les combattre? — On peut quelquefois remplacer les purgatifs par des aliments relâchants chez les nouvelles accouchées. — Les montées du lait sans la succion. — Rétablissement de la femme sans fièvre.

Madame N... depuis son dernier accouchement, s'est bientôt remise, en suivant le régime tonique que je lui avais prescrit; de plus elle a quitté son appartement pour aller demeurer près du Jardin des plantes où elle est presqu'à la campagne; enfin elle n'a plus jamais porté à la bouche le pinceau dont elle se sert pour peindre comme elle le faisait autrefois.

En relisant le récit des accouchements antérieurs (voyez Obs. LVII et CXIX,) on voit cette femme faire des fausses cou-

ches ou des enfants malingres tant qu'elle est sous le coup de l'intoxication saturnine ; elle porte ses grossesses à terme dès qu'elle évite, au moins en grande partie, cette intoxication. Ce qui paraîtrait étrange avec cela est le nombre des grossesses que madame N... a eues ; ainsi celle dont il va être question est la septième, nombre fort élevé pour une femme native de Paris, même bien portante.

Les dernières règles ont paru du 15 au 22 août 1860, et depuis ce moment madame N... n'a cessé d'être souffrante, plus souffrante même qu'aux dernières grossesses ; mais persuadée que ces malaises sont inséparables de la gestation et que la médecine ne peut rien pour les soulager, cette dame n'est même pas venue m'en parler.

Voilà une erreur qui paraîtrait insignifiante de prime abord et qui a cependant une grande portée. Ce n'est pas ici le lieu de faire voir à quoi tiennent tous les malaises de la grossesse, pendant les premiers mois surtout ; mais le fait est que ces malaises affaiblissent souvent la santé de la mère et de l'enfant, quelquefois même ils compromettent la grossesse, et une médication bien entendue peut les corriger ou les enrayer.

C'est le 12 avril 1861 seulement, que madame N... vient me voir, pour savoir où en est sa grossesse encore plus que pour me parler de ses malaises, et comme je sens le fond utérin à trois doigts au-dessus du nombril, je lui dis qu'elle est grosse de huit mois. Je trouve cette femme bien pâle et son utérus est assez sensible à la pression. Aussi je prescris un régime tonique et quelques bains tièdes, avec la recommandation de se faire frictionner les membres dans le bain pour appeler le sang à la peau et dégorger l'utérus.

Le lendemain de la consultation, cette femme va prendre précisément un bain général, et elle le prend si chaud, qu'elle sue à grosses gouttes et finit par se trouver mal dans la baignoire. Loin de sortir, la malade résiste et finit par se trouver mieux à mesure que l'eau se refroidit ; mais cette imprudence devait produire un effet contraire à celui que je voulais obtenir. Une réaction légère et continue de la peau décongestionne l'utérus gravide, mais une réaction violente produit l'effet contraire ; en effet, l'utérus en état de grossesse est l'organe le plus vasculaire et le plus animé de la femme, et toutes les

fois que la circulation est fortement activée cet organe se gorge de sang encore plus que le reste du corps. L'effet ici a été encore plus fâcheux, parce que la femme est restée dans le bain jusqu'au refroidissement : l'utérus, qui avait reçu beaucoup de sang pendant la fièvre artificielle du moment, a dû recevoir aussi une partie du sang que la chaleur avait appelé à la peau, et qui la quittait au moment du refroidissement. Ces sensations vives, du reste, n'ont pas lieu sans que l'innervation de l'utérus s'en ressente, et l'utérus gravide ne sait guère manifester une vive sensation autrement que par ses contractions. Dans la journée même du 13, la malade est plus fatiguée que les jours précédents, elle est plus pâle, son ventre est plus tendu et plus douloureux, les mouvements mêmes de son enfant occasionnent des souffrances. Elle a dans le bas-ventre et dans le haut des cuisses des tiraillements qui l'empêchent de se tenir debout; il y a des envies fréquentes d'aller à la selle et d'uriner; enfin arrivent les nausées et les défaillances.

Voilà le tableau presque complet de la congestion utérine, et madame N., s'étant encore plus mal trouvée après qu'avant ma prescription, reste le 13 et la nuit suivante sous le coup de cette congestion sans m'en faire part. Le 14, les douleurs de reins se font plus fortes et plus régulières, de manière à faire croire à l'imminence de l'accouchement, et c'est pour assister le travail qu'on m'appelle dès le matin.

L'état où j'avais trouvé la malade l'avant-veille, le récit de ce qui avait eu lieu, et les choses telles que je les trouvais au moment de ma visite ne me laissaient pas de doute. Il s'agissait tout simplement d'une congestion utérine; aussi, loin de favoriser le travail qui menace, je le combats en prescrivant un repos absolu au lit, de la limonade froide, des quarts de lavements laudanisés, des cataplasmes laudanisés sur le ventre et des sinapismes promenés sur les membres supérieurs. Si j'avais eu affaire à un sujet plus fort, j'aurais fait une saignée.

Ces moyens calment comme par enchantement tous les malaises, et le soir du 14, la femme est bien; elle dort la nuit. Le 15 au matin, je la trouve à table, prenant son déjeuner comme si elle n'avait pas été malade. Elle me dit se trouver même mieux qu'elle n'a jamais été dans le cours de cette grossesse.

Pour ne pas causer de malaises, je n'avais pas pratiqué jusqu'ici le palper abdominal dans le but de reconnaître la présentation et la position de l'enfant. Je profite du bien-être du 15 pour explorer le ventre, et je trouve un fœtus en seconde position du vertex (O. J. D. P.).

Les jours suivants n'ont pas continué à être aussi heureux, mais les malaises sont restés très-supportables.

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 15 et le 22 mai, et déjà, le 13 de ce mois, la congestion utérine commence, avec l'augmentation des malaises, l'écoulement des glaires et quelques mouches. On m'appelle, et je trouve le travail encore assez peu déclaré. Le col utérin est effacé et entr'ouvert, mais ce ne sont que des préludes. Le vrai travail n'est arrivé en effet que le 18 mai dans l'après-midi.

On m'appelle à 7 heures et demie du soir. Je trouve que les contractions utérines sont encore à un quart d'heure d'intervalle. J'attends, et à 8 heures 20 minutes je fais coucher la malade sur le lit de misère. A ce moment, le col a une ouverture de 3 centimètres de diamètre, et la tête fœtale est déjà descendue dans l'excavation.

Une fois la malade couchée, les contractions se fixent à la période de 5 minutes, la dilatation s'achève, et à 9 heures je perce la poche. Les contractions se faisant plus vives, je fais chevaucher la lèvre antérieure du col sur la tête, et celle-ci est bientôt à la vulve. Il m'a fallu même la retenir pour éviter les déchirures, tant les contractions utérine et volontaire sont violentes. La tête une fois sortie, les épaules ont fait leur rotation et sont sorties en même temps que le reste du corps. (9 heures et demie).

L'enfant est un garçon de moyen volume (2,910 grammes), mais vivace. A 9 heures 40 minutes, j'opère la délivrance à l'aide de petites tractions sur le cordon. Délivre tout à fait sain. Attendu l'hémorrhagie qui avait suivi d'autres accouchements chez cette femme, je donne moi-même deux grammes de seigle ergoté en deux fois, et lui serre le ventre avec un bandage de corps.

Les deux grammes de seigle ayant produit un retrait utérin, et même quelques tranchées, j'ai pu laisser la malade avec sécurité, à 11 heures.

Le 19 mai, cette dame est parfaitement; dès 7 heures du matin on lui donne son café au lait, et des potages dans le jour. L'enfant prend du lait coupé, et dès le jour on le confie au sein d'une nourrice des environs de Paris.

Le 20, la malade, qui avait continué d'avoir quelques tranchées avec écoulement d'un peu de sang, fait cette fois un fort caillot qu'on conserve et au milieu duquel je trouve des détritus de membranes.

Les tranchées et le sang semblaient devoir annoncer cela; mais les choses ne se passent pas toujours ainsi; d'un autre côté, j'avais eu soin de rouler le délivre à mesure que je le retirais, et, comme je le fais toujours, j'étais allé avec l'index et le médius de la main gauche saisir profondément les membranes à mesure que je tirais doucement le placenta avec la droite. Malgré ces précautions, des morceaux de membranes étaient restés adhérents à l'utérus et ne sont sortis qu'avec les caillots. C'est ici, surtout, que je me suis applaudi d'avoir donné préventivement le seigle. La présence de détritus dans la matrice aurait suffi à entretenir une hémorrhagie, et peut-être à provoquer une décomposition putride suivie de résorptions très-graves.

Le 21, la malade n'a pas de fièvre, et, malgré cela, les seins commencent à être très-tendus. Il n'y a presque plus de sang lochial, et l'utérus est à trois doigts seulement au-dessus des pubis.

Même état le 22; et comme un lavement ordonné la veille n'a pas produit d'effet, je voudrais purger la malade, mais elle y fait résistance. Je lui ordonne alors le matin du lait adouci avec du miel; dans la journée, du bouillon fait avec du jarret de veau, du pied de veau et des herbes; ce qui a en effet donné des selles dans les 24 heures.

Le 23, tout est bien; mais les seins sont encore tendus, et le soir il y a un peu de céphalalgie sans frisson ni fièvre.

Le 24, trouvant les seins encore tendus et douloureux, j'ordonne absolument une purge. Je donne 40 centigrammes de scammonée qu'on masquera en l'enveloppant avec de la confiture. A propos des seins, la malade, qui ne nourrissait pas et dont l'enfant était parti depuis plusieurs jours, me fait remarquer qu'à diverses heures du jour elle sent parfaitement la

montée du lait comme lorsqu'elle nourrissait ; et une fois les deux glandes distendues, le liquide sort spontanément par les mamelons jusqu'à ce que le dégorgement ait diminué.

Le 25 et le 26, la malade continue d'être bien. Le purgatif, outre les selles, a rendu les seins moins congestionnés. Les lochies ont disparu, et il faut aller profondément pour sentir le fond utérin.

Pour faciliter encore plus le rétablissement chez cette femme, j'ai ordonné des prises de poudre de quinquina dans un peu d'hostie, et la convalescence a été ainsi encore plus courte qu'aux autres accouchements.

OBSERVATION CCXLII.

Primipare. — Les liqueurs alcooliques enrichissent la masse du sang. — Parallèle curieux de la suppression des règles dans la grossesse et dans la chlorose. — Quand les varices aux membres inférieurs peuvent être un signe de la gestation. — Pendant combien de temps peut-on cacher le développement de l'utérus gravide ? — Précautions à prendre dans la recherche de la grossesse chez les demoiselles. — Rôle du médecin dans la protection de l'honneur des familles. — Un mélodrame obstétrical. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — La pudeur et le calcul des malades font à Paris même rechercher encore quelquefois les sages-femmes. — Naissance d'une fille bien portante. — L'état fébrile appelé bien à tort fièvre de lait.— La femme se remet, mais avec des accidents consécutifs qui, en grande partie, reconnaissent pour cause la manière d'assister les femmes en couches.

Madame R... est une cantinière d'une des plus fortes casernes militaires de Paris. Agée de 19 ans, elle est d'une taille moyenne, mais carrément bâtie. Elle a un tempérament sanguin et une bonne constitution. Appartenant à une famille fort aisée, elle a reçu une bonne éducation et est restée en pension jusqu'à l'âge de 16 ans. Depuis lors, elle est demeurée au comptoir de la cantine de ses parents.

Réglée à 13 ans et demie, elle a continué de voir, mais irrégulièrement, et a eu les pâles couleurs tant qu'elle est restée en pension. Depuis qu'elle est au comptoir de la cantine, elle a vu sa constitution s'améliorer, elle a pris des couleurs, et la menstruation s'est tout à fait régularisée.

Dans ces conditions favorables, survint bientôt la grossesse dont j'ai à parler aujourd'hui. Les circonstances qui ont accompagné le diagnostic de cet état et le mariage qui s'en est suivi méritent d'être décrits pour faire voir le rôle moral du médecin en pareille circonstance.

Étant le médecin de cette famille, je suis consulté pour des malaises qu'éprouve la jeune personne en question ; et comme on me parle de nausées, de pertes d'appétit, etc., sans indiquer la suppression des règles que la jeune fille avait soin de cacher, je crois à un embarras intestinal et j'ordonne un laxatif. Le soulagement a peu de durée, la malade a les traits plus fatigués, et cette fois la mère finit par reconnaître que sa fille n'a plus ses règles. Chose curieuse, une autre fille, âgée de 16 ans, et qui venait de quitter la pension, était réellement chlorotique, de sorte que les deux sœurs se disaient atteintes de la même maladie. Je suis appelé pour voir les deux malades, et, au premier aspect, je me laisse induire en erreur ; j'ordonne à toutes deux des toniques et du fer.

L'aînée se trouva mieux du traitement que la cadette; mais les règles ne revenant pas, les parents envoient chez moi les deux malades, le 5 mars 1861, pour me consulter encore, et c'est à ce moment que j'ai pu pénétrer le secret.

Rien dans la taille ne dénonce une grossesse; la malade se serre exactement comme auparavant, et si son ventre fait un peu de saillie en bas, cette saillie est corrigée par la crinoline ou attribuée à l'embonpoint. Une chose qui frappe la malade et qu'elle me montre presque avant tout, ce sont des varices assez développées sur la partie interne des jambes et dans le creux des jarrets. Ce signe me fait ouvrir les yeux; en effet, je n'ai pas encore vu les varices à un âge si jeune, à moins d'obstacles à la circulation faciles à constater aux aines ou dans l'abdomen. Comme il faut être circonspect, avec les demoiselles surtout, et ne soulever la question de grossesse que lorsqu'on a de fortes probabilités, je fais passer la cadette dans une autre pièce, et je cause un peu plus à l'aise avec l'aînée.

Celle-ci me dit qu'elle a eu ses règles pour la dernière fois dans les derniers jours du mois d'août 1860, et lorsque je la questionne sur le développement des seins et du ventre, elle détourne complétement ses réponses. Il m'a fallu dire le mot : *vous êtes-vous, par hasard, exposée à devenir enceinte ?* pour avoir une réponse, et encore a-t-elle été négative, mais embarrassée; aussi je l'ai priée de m'attendre le lendemain au lit, parce que j'avais besoin d'examiner son ventre.

Le 6 mars, j'examine le ventre de ma malade en présence

de la mère : mais comme je pratique le palper par-dessus la chemise, je ne réveille aucun soupçon. Pour détourner l'attention, je commence par appliquer le stéthoscope sur les vaisseaux du cou, puis sur la région du cœur, et enfin sur le ventre ; bref, je porte mon diagnostic d'une manière complète sans éveiller les soupçons de la mère. En effet, par le palper, j'avais trouvé un utérus gravide dépassant les pubis de quatre travers de doigt, et par l'auscultation, j'avais senti les bruits du cœur fœtal.

Sous prétexte d'aller chercher du papier et de l'encre, je renvoie un instant la mère, et en attendant, je dis carrément à la fille qu'elle a beau nier, mais qu'elle est enceinte de cinq mois. Je fais une ordonnance insignifiante et je quitte cette maison. Le lendemain, je vois chez moi la demoiselle avec l'amant pour me faire des aveux, et me demander, en pleurant, de leur conseiller le meilleur parti à prendre.

Je leur dis qu'il n'y en avait qu'un de bon, c'était celui de se marier au plus tôt; mais comment obtenir le prompt consentement des parents, eux qui l'avaient refusé avec tant de répulsion et de menaces? Puisque le mal était fait, je leur suis venu en aide pour tâcher de le réparer, et je leur ai donné rendez-vous chez les parents. C'est moi qui annoncerai à ces derniers la triste nouvelle, et tâcherai de calmer les premières manifestations de leur colère en attendant que je fasse appeler les coupables; et comme il était dans l'intérêt de tous de cacher cette faute, il fallait obtenir un mariage immédiat.

Le père de la jeune personne, militaire aussi honnête que violent, était plus à craindre que la mère; mais après des précautions oratoires, j'ai fini par leur dire à tous les deux ce qu'il en était. Je n'ai jamais vu d'homme manifester sa colère avec plus de violence ; il menace d'égorger sa fille aussi bien que le séducteur ; la mère se débat en pleurant et me soutient que la chose n'est pas possible. Heureusement que j'avais eu soin de fermer la pièce où je me trouvais, sans cela on aurait pu crorire à un assassinat. Après avoir raisonné de mon mieux ces parents désolés, j'ai insisté sur le seul parti qu'il restait à prendre, le mariage immédiat avant qu'on se fût douté d'une grossesse. L'orage s'était un peu apaisé, lorsque j'ai fait rechercher les deux coupables, et ceux-ci n'ont pas manqué de demander

pardon, de sorte qu'après une récrudescence encore plus forte que la première, et où j'ai dû parer même des actes de violence, la tempête a été assez calmée pour que j'aie pu laisser ensemble les quatre interlocuteurs sans danger.

Mon rôle était accompli : c'est aux parents qu'il appartenait de faire le reste; aussi, peu de jours après, je recevais la visite des fiancés, qui m'annonçaient leur mariage pour le lendemain, en me faisant part du bonheur qu'ils éprouvaient de se voir unis après l'avoir si peu mérité.

La noce a été célébrée sans que les invités se soient doutés de l'état intéressant où se trouvait la nouvelle mariée; et comme, d'après mes conseils, on a aussitôt éloigné le nouveau ménage de la caserne, le reste de la grossesse a passé inaperçu pour les amis et connaissances. La malade n'a eu qu'à desserrer le corset pour faire dégorger les varices des membres inférieurs, et pour que le ventre ait pris en peu de jours un volume dont on ne se serait pas douté quelques jours auparavant.

Dans les derniers jours d'avril, madame R... est prise de malaises assez prononcés pour qu'on craigne un accouchement prématuré. On m'appelle, et je n'y trouve que les signes de la congestion cataméniale; aussi je me contente de prescrire le repos du corps et des organes génitaux ; je fais donner un bain général, et tout rentre dans l'ordre. Le palper trouve un enfant situé en première position du vertex (O. J. G. A.).

La neuvième époque cataméniale correspondait au 30 mai. En effet, ce jour même, dans l'après-midi, les douleurs de l'enfantement commencent; mais, soit excès de pudeur, soit calcul, quoique les parents soient fort aisés, le fait est qu'on appelle une sage-femme pour assister au travail.

L'accouchement paraît s'être fait assez bien, et à 9 heures et demie du soir, tout était fini. L'enfant est une belle fille qu'on envoie à la campagne, chez les parents du père, pour être élevée au biberon.

Le 1er juin, on m'appelle par précaution auprès de cette femme, et je la trouve passablement; mais le 2, il y a des frissons et de la fièvre. La sage-femme appelle cet état la fièvre de lait et ne s'en préoccupe pas. A ma visite, cependant, je trouve 100 pulsations et des lochies très-fétides, ce qui me fait

craindre une résorption. Ceci ne serait très-probablement pas arrivé si on avait administré du seigle après la délivrance, aussi j'ordonne de l'ipéca stibié, qui agit ici par le haut et par le bas.

Le 3, le pouls est à 84. L'utérus revenu sur lui-même, tout s'arrête là pour le ventre, et comme l'exacerbation fébrile va en diminuant, je n'administre pas de sulfate de quinine. Je laisse cependant l'ordonnance pour le cas où le frisson et la fièvre reviendraient.

Les jours suivants, tout va assez bien, et la malade finit par se remettre. Les seins, qui s'étaient gorgés tardivement, se sont désenflés avec des frictions huileuses et des tisanes nitrées.

Malgré ce bien-être, j'ai engagé la malade à ne pas se lever aussitôt, comme si sa couche avait été heureuse; mais elle ne m'a pas écouté, et en annonçant un accouchement prématuré à l'entourage, elle est bientôt retournée au comptoir, où elle est obligée de se tenir constamment debout.

Le 29, c'est-à-dire un mois exact après l'accouchement, le sang revient en si grande abondance que je suis obligé de prescrire le repos au lit, les sinapismes aux bras et des injections froides dans le vagin ainsi que dans le rectum.

Le sang finit par s'arrêter, et, toujours avant un rétablissement complet, cette femme veut regagner son comptoir; aussi, avant même que les règles ne reviennent, elle a des symptômes de métrite.

Les prescriptions que je fais soulagent encore la malade, mais pour quelque temps seulement, et nous la verrons revenir dans d'autres observations, conservant toujours les restes d'une couche qui aurait été très-probablement naturelle si cette femme avait été mieux assistée et plus docile.

OBSERVATION CCXLIII.

Primipare. — Grossesse normale, accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Difficulté du travail, seigle ergoté administré sans résultat. — Application du forceps ordinaire. — Naissance d'un enfant vivant. — Déchirure du périnée, ses divers degrés. — La déchirure de la fourchette est-elle constante chez les primipares comme on le soutient? — Escarre de la vulve; quelles en sont les causes? — Rôle des tissus qui composent le périnée. — Egards qu'on doit avoir envers les confrères. — Phénomènes habituels ou accidentels des déchirures périnéales. — Comment les réparer quand elles ont lieu. — Avantage des sutures sur tous les autres moyens

de traitement. — Lorsque la suture est nécessaire, doit-on la faire immédiatement, ou peut-on la différer ? — Quand et comment on peut s'en passer. — Guérison.

Madame O..., native de Paris et habitant Champoret (banlieue), est une rentière âgée de 20 ans, de taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une bonne constitution.

Réglée à 14 ans, elle a continué d'avoir tous les mois ses menstrues pendant quatre jours, sans jamais être indisposée. Mariée en 1859, elle a continué de se bien porter. Du 5 au 10 août 1860 ses règles apparaissent pour une dernière fois, et de ce moment date le commencement d'une grossesse qui s'est très-bien passée. Le travail a commencé le 8 mai (1861), c'est-à-dire à la neuvième époque cataméniale. C'est la rupture de la poche avec quelques mouches qui l'ont annoncé le matin de bonne heure.

Toute la journée du 8 s'est passée dans les plus vives souffrances, et voyant dans la soirée que le travail n'avançait pas, le médecin qui assistait cette dame lui a administré 2 grammes d'ergot de seigle, sans être plus avancé. Enfin, il a fait à onze heures du soir une application de forceps et a amené un enfant vivant.

Pendant les suites de couches la malade n'a pas eu de fièvre, mais le périnée, qui avait été déchiré en grande partie pendant l'accouchement, a fini par être le siége d'une escarre. Cet accident paraissait s'améliorer : mais lorsque, le neuvième jour après l'accouchement, la femme a essayé de se lever, elle n'a pas pu se tenir sur ses jambes. Ce qui l'en empêchait était un sentiment de tiraillement dans les hanches, dans la région lombaire et dans les aines, qui augmentait à chaque pas. Le bas du bassin offrait un défaut douloureux de résistance, comme s'il allait laisser échapper tous les viscères.

On a attribué tout d'abord ces sensations au trouble que l'accouchement apporte dans la disposition des organes abdominaux, et on a espéré que tout disparaîtrait bientôt ; mais les choses se sont compliquées au lieu de se simplifier.

Tout est calme tant que la femme reste au lit, mais dès qu'elle se lève, les malaises précédents reparaissent ; de plus, il lui survient des douleurs vives dans la vessie chaque fois qu'elle

veut uriner, et dans le bassin chaque fois qu'elle essaye d'aller à la selle. On donne un lavement chaque matin, et ceci rend l'expulsion immédiate des matières moins pénible ; mais une demi-heure après avoir rendu le lavement, et quoique la malade se tienne au lit, il lui survient des coliques très-vives qui la font crier à se tordre. Ces douleurs ont pour siége principal l'abdomen, puis elles s'irradient aux cuisses, au dos et surtout autour du bassin; elles sont arrivées quatre matins de suite, et chaque fois elles ont duré pendant plus de deux heures.

C'est pour remédier à cet état que j'ai été appelé, le 5 juin, auprès de cette malade, et voici dans quel état je l'ai trouvée.

Il y a une déchirure du périnée qui n'arrive pas jusqu'au sphyncter anal, puisqu'il reste près d'un centimètre de tissus entre cet orifice et l'orifice vulvaire. L'angle postérieur de la vulve est le siége d'une plaie suppurante d'où cependant les escarres se sont complétement détachées. Lorsque la malade est couchée, comme lorsqu'elle est debout et qu'elle a fait quelques pas, les organes internes et les parois vaginales elles-mêmes ne paraissent pas faire hernie au dehors; tout au contraire, le rectum, malgré les lavements, est distendu par des matières fécales, comme on peut s'en assurer en portant le doigt profondément dans le vagin.

Nous sommes d'avis avec le médecin traitant de faire vider l'intestin par un laxatif, afin de voir quelle peut être la part de cette distension dans les phénomènes précédents, sauf à décider après s'il faudra appliquer la suture ou si on pourra s'en passer. L'état général de la malade et l'état même de l'abdomen étant excellents, tout dépendait évidemment des accidents locaux et réflexes du périnée.

Trente grammes d'huile de ricin pris le 6 juin donnent dix selles, et en ce jour, comme le 7, où nous revoyons la malade, les coliques n'ont plus reparu. Le succès s'étant maintenu, il était clair que, malgré sa singularité, ce symptôme tenait à la distension du rectum ou plutôt aux contractions intestinales occasionnées par le lavement; contractions qui étaient pourtant insuffisantes à expulser le bol fécal.

A notre visite du 7, nous examinons de nouveau les parties malades et nous trouvons que le périnée en masse, la cloison ou éperon recto-vaginal ainsi que le sillon ano-vulvaire, tout

cela est plus élevé ou rentré dans le petit bassin. Ce fait, qui tient assurément à la vacuité du rectum, cache l'éperon ano-vulvaire de la cloison, de manière à faire croire que la déchirure va jusqu'à la marge de l'orifice anal; mais en même temps l'élévation de tout le plancher rapproche mieux les bords latéraux de la plaie vulvaire. Fallait-il placer des points de suture? Voilà ce qui restait à décider.

Il était facile de comprendre qu'une telle opération discréditait le médecin traitant aux yeux de la famille; mais si cette raison était la seule, j'aurais tâché de surmonter la résistance du confrère, tout en cherchant à le relever aux yeux de ses clients. Une autre raison est que, du côté droit, la cicatrisation étant commencée, les deux plaies ne se correspondent plus dans toute la longueur. Je fais lever la malade pour la faire marcher autour de la chambre, et elle ressent beaucoup moins les malaises qu'elle accusait l'avant-veille. Elle les ressent seulement lorsqu'elle s'accroupit; mais elle peut éviter cette position, même pour uriner et pour aller à la selle. Tout cela réuni me fait décider que la suture, dont je n'avais pas encore parlé, du reste, à la famille, cette suture ne serait pas indispensable. Je me contente de prescrire : 1° un lavage des parties malades avec du vin aromatique; 2° une friction sur ces parties, sur les lèvres de la vulve et sur le haut des cuisses avec du cérat, pour éviter les frottements de la peau, qui est érythémateuse; 3° une ceinture large qui serre le ventre pour immobiliser les viscères et soutenir en partie leur poids; 4° le repos absolu au lit jusqu'à l'entière cicatrisation; 5° passer le nitrate d'argent sur les parties les plus bourgeonneuses de la plaie; 6° lorsque la plaie sera cicatrisée et que la malade commencera à marcher, soutenir le périnée avec des sous-cuisses rembourrés qui se croiseront sur le plancher.

Le 8 et le 9 se passent bien; mais le 10, les douleurs du bas-ventre recommencent, et le 11, je suis appelé de nouveau auprès de cette femme. Je trouve cette fois que la cicatrisation de la plaie ayant gagné du terrain, ce n'est pas de ce côté-là qu'est la principale cause du mal. Les douleurs abdominales provenaient encore une fois de ce que l'intestin ne s'était plus vidé depuis le laxatif. J'ordonne un simple verre d'eau de Sedlitz, et les évacuations qu'il provoque soulagent de nouveau

cette dame. Pour éviter désormais la constipation et ne pas exposer la malade à prendre des lavements, j'ordonne un régime relâchant. Ce régime, consistant en herbages, lait en abondance, bouillons de veau, tisane de graines de lin adoucie avec du miel, etc., a rétabli les selles sans qu'il ait été nécessaire de recourir encore aux purgatifs.

Depuis ce moment, la malade est allée de mieux en mieux, et la plaie périnéale s'est complétement cicatrisée. Je n'ai pas revu cette dame pour savoir si d'autres inconvénients n'ont pas été la conséquence de sa maladie.

Réflexions. — Ces femmes ne conserveraient-elles d'autres restes que la simple déformation des parties génitales, la chose est encore assez grave pour qu'on s'en préoccupe. Nous ne sommes plus au temps de Mauriceau, lequel ayant été prié par une femme de lui coudre le périnée, s'y refusa en disant que les parties génitales étaient faites pour qu'on s'en servît; il ne voulait pas pratiquer la suture, disait-il, parce que le périnée se serait déchiré au prochain accouchement. Mais il y a ici, outre la difformité, une foule d'autres accidents dont il faut se préoccuper; je vais m'expliquer en peu de mots.

La déchirure de l'angle postérieur de la vulve peut offrir plusieurs degrés, comme je l'ai dit dans ma thèse pour l'agrégation, et dans mes cours : 1° division du repli muqueux de la fourchette; 2° division du repli muqueux et de la peau du périnée, sans arriver aux tissus fibro-musculaires du plancher périnéal; 3° les deux degrés précédents avec division complète du périnée sans division du sphyncter anal; 4° division du périnée et du sphyncter; 5° division du sphyncter anal et d'une partie du rectum.

Les deux premiers degrés sont si fréquents, et du reste si peu dangereux, qu'ils n'ont pas appelé sérieusement l'attention des praticiens. Il est même écrit dans les traités d'accouchements et dans les traités de médecine légale, que le repli muqueux de la fourchette est toujours divisé, chez les primipares, au moment du passage de l'enfant.

Je suis loin de penser ainsi, et si faible que soit une déchirure, elle ne laisse pas seulement une difformité dont les femmes et les maris ne voudraient pas, si c'était possible. Cette déchirure se fait douloureuse, expose au gonflement, aux

escarres, aux résorptions; l'urine et les lochies qui coulent sur elle l'irritent au point que la position assise est pénible pendant plusieurs jours, surtout pour la femme qui doit nourrir. Ces motifs et d'autres encore m'ont fait ouvrir les yeux, et j'ai mis de l'amour-propre à éviter ces déchirures, même chez les primipares. Je ne dis pas avoir toujours réussi; mais le cas des déchirures du repli muqueux lui-même, et à plus forte raison de la peau du périnée, est l'immense exception, non la règle, dans ma pratique. Quant aux déchirures du plancher, elles sont excessivement rares.

Les deux derniers degrés, entraînant l'incontinence des matières fécales, constituent une infirmité que tous les praticiens se sont évertués à prévenir et à combattre. C'est le troisième degré qui reste en litige. Ainsi, lorsque la déchirure a divisé le plancher périnéal, quelles en sont les conséquences? Peut-on prévenir cette déchirure? Doit-on la traiter par la suture ou par d'autres moyens thérapeutiques?

Les symptômes qu'a offerts cette femme n'arrivent pas toujours, mais il y a tout à présumer que sans l'état du périnée la distension rectale n'aurait pas été si douloureuse. Les autres symptômes sont communs à presque toutes les femmes dont le plancher périnéal manque, et on a rapporté ces symptômes au tiraillement qu'exercent les viscères pour descendre plus ou moins bas dans le petit bassin et à travers le détroit inférieur. Tel n'est pas mon avis, si bien que je les ai constatés dans quelques cas où le plancher n'avait été nullement déchiré. Chez la femme même dont j'ai parlé plus haut, ils avaient disparu presque entièrement à deux jours de distance, lorsque le rectum a été vidé et que le périnée s'est relevé.

Ces symptômes me paraissent tenir en grande partie au défaut de solidité dans les moyens qui fixent les os du bassin; ainsi, les tissus musculo-fibreux du périnée empêchent les ischions de s'éloigner l'un de l'autre lorsque, dans la station verticale, le poids du corps tend à les écarter. La marche ne redevient alors possible que lorsque ces tissus sont rapprochés par une suture ou maintenus par une cicatrice. Dans les cas où, sans qu'il y ait eu déchirure, le plancher a été assez distendu pour ne plus résister à l'écartement des ischions, lorsque la femme commence à se lever, des phénomènes analogues peu-

vent arriver aussi, mais ils finissent par disparaître au bout de peu de jours, à mesure que le plancher se raffermit. Lorsqu'au contraire la division du plancher s'est cicatrisée lentement d'arrière en avant, ces malaises durent pendant des mois entiers, quelquefois pendant des années. Ceci, joint aux inconvénients précédents, devrait attirer on ne peut plus l'attention des médecins. Tout n'est même pas là, et j'ai vu des femmes conserver dans les points cicatrisés de la vulve des névralgies très-douloureuses, que toutes les ressources de la thérapeutique n'ont pas pu guérir.

Pour mon compte, comme les lecteurs de cette clinique peuvent s'en assurer, j'exerce la plus grande vigilance pour éviter les déchirures, même les plus petites; et si par la force des choses une division périnéale a lieu, j'en opère la suture avant même de recoucher la malade dans son lit de repos. Je n'ai eu que des regrets lorsque j'ai voulu essayer de m'écarter de ce principe, tandis que la suture a été toujours suivie de la réunion immédiate sur toute la plaie ou sur la plus grande partie de son étendue. Le reste s'est cicatrisé promptement.

OBSERVATION CCXLIV.

Pluripare. — Grossesse où rien n'a annoncé pendant huit mois l'implantation du placenta sur l'orifice interne de l'utérus. — Ces implantations n'arrivent pas à une première grossesse, mais elles peuvent arriver à une deuxième et plus encore aux suivantes. — Apparition du sang au neuvième mois, caractères de cette hémorrhagie. — Ignorance coupable d'une sage-femme.— Le sang continue de couler jusqu'au terme. — Effets de ces hémorrhagies sur le col et sur la provocation du travail. — Mort de l'enfant. — La sage-femme rassure la famille jusqu'à ce que la malade soit exsangue. — Un médecin craintif ne veut pas se charger de délivrer la femme.—Après un nouveau retard on accouche cette dame à l'aide de la version podalique, pendant qu'elle était à la dernière extrémité. — Impossible de la ranimer malgré l'usage des moyens les plus actifs. — Faut-il dans ces cas ne pas opérer, ou le faire après des réserves anticipées ? — Outrecuidance inouïe de la sage-femme.

Le 13 juin 1861, j'ai été appelé en toute hâte auprès de madame M..., logée rue Saint-Victor, laquelle, me disait-on, se meurt sans pouvoir accoucher.

Cette femme est une ouvrière âgée de 29 ans, de taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une constitution assez délicate, quoique n'ayant jamais eu de maladies graves.

Mariée à 20 ans, elle a eu une première grossesse deux

ans après, et est accouchée spontanément d'un enfant à terme, sans qu'il y ait eu d'accidents.

Après sept ans de vacuité est survenue la grossesse suivante, qui est par conséquent la deuxième. Les règles ont paru pour la dernière fois au milieu de septembre 1860, et la gestation n'a rien offert de particulier pendant les huit premiers mois, si ce n'est les indispositions ordinaires de cet état.

La neuvième époque cataméniale correspondait au milieu du mois de juin (1861). Mais dès les derniers jours de mai une hémorrhagie utérine apparaît sans cause appréciable: la femme perd environ un demi-verre de sang, et, soit spontanément, soit par suite du repos et des limonades que la sage-femme a prescrits, l'hémorrhagie s'arrête pendant huit jours.

Au bout de ce temps et encore sans motif appréciable, le sang reparaît pour s'arrêter après l'emploi des mêmes moyens. Pendant tout ce temps la sage-femme a trouvé le col utérin mou, long, non dilaté, et n'a jamais pu constater la présence de parties fœtales sur le détroit supérieur par le moyen du toucher vaginal.

Déjà, d'après ce qui précède, la sage-femme aurait pu reconnaître la présence du placenta sur l'orifice interne de l'utérus et en prévenir les tristes effets que nous allons constater. En effet, cette implantation anormale du délivre n'arrive pas chez les primipares, elle est même très-rare à une deuxième grossesse; mais l'hémorrhagie tardive, arrivée sans motif, et l'épaisseur des tissus du segment inférieur de l'utérus, auraient pu prévenir une personne moins ignorante.

Une troisième hémorrhagie arrive le 12 juin; elle est faible d'abord, puis, le 13, elle se renforce, en même temps que les contractions utérines se manifestent dès le matin. La chose était très-simple : l'hémorrhagie elle-même et le molimen cataménial suffisaient à exciter les contractions; mais plus les contractions se faisaient fortes, et plus le placenta était décollé des bords de l'orifice interne du col, de là le sang plus abondant.

L'enfant, qui avait été vivace jusqu'ici, cesse de se mouvoir et finit par succomber; la mère s'affaiblit de plus en plus, et, en présence de cette hémorrhagie, la famille demande à la sage-femme s'il est nécessaire d'aller appeler un médecin. Dans son ignorance coupable, et peut-être aussi par amour-propre, cette

sage-femme dit que la présence du médecin est inutile. Cependant, et malgré les contractions, elle voyait toujours le col utérin conserver de l'épaisseur. C'est même au défaut de dilatation qu'elle attribuait l'obstacle qui l'empêchait de toucher le fœtus avec les doigts.

La journée s'avance, l'hémorrhagie continue, et c'est lorsque le col permet un large passage au doigt que la sage-femme constate la présence du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Il était encore temps d'agir efficacement, au moins pour la mère; mais cette misérable sage-femme attend encore, espérant que l'accouchement se terminerait spontanément. C'est à six heures après midi seulement, et lorsque la malade était exsangue, que la famille va chercher un médecin du voisinage. Avant d'avoir trouvé ce dernier et avant qu'il fût rendu auprès de la malade, il était sept heures et demie du soir, et dès que ce médecin s'est vu en présence d'un cas aussi grave il a dit ne pas oser agir. C'est ce même médecin qui m'a fait demander, et tous ces pourparlers ne m'ont permis d'arriver auprès de la malade qu'à neuf heures et demie du soir.

Voici l'état de la patiente :

Allongée sur son lit, elle me présente le côté gauche ; d'énormes caillots de sang sont entre les cuisses, et en regardant bien on voit encore le liquide sortir de la vulve pour couler sur les côtés de ces caillots. La malade est d'une pâleur mortelle, la peau est froide, le pouls à peine perceptible à la radiale ; il y a eu des syncopes, mais au moment de ma visite il reste encore à cette femme la force d'articuler à voix basse ces mots, qui furent les derniers : *Délivrez-moi vite ou je meurs.* L'utérus, flasque, laissait sentir au palper un enfant situé en première position du vertex (O. J. G. A.), mais l'oreille, appliquée sur la région qu'occupait le cœur, n'entendait aucune pulsation. Le toucher vaginal trouve le col mou et encore épais, mais dilatable. Le placenta commence à proéminer dans la cavité de ce col ; cependant il est loin d'être complétement décollé. Que faire dans un cas aussi grave?

Si le sang ne coulait plus et que le placenta fût complétement décollé, j'aurais tâché de ranimer promptement la femme par des corroborants avant de la délivrer; car la douleur d'une version podalique, et surtout le vide qu'on produit dans la ca-

vité abdominale par l'accouchement immédiat, privent tellement de sang et de vitalité l'arc cérébro-spinal que les femmes meurent en très-peu d'instants.

J'ai donc retiré promptement à l'écart le mari de cette femme, et je lui ai dit que si la femme avait encore la force d'articuler quelques mots, sa mort était à peu près certaine; quant à l'enfant, il était mort depuis plusieurs heures. Sans doute, ce qu'il y a à tenter est de lui retirer immédiatement son enfant, mais la mort pourrait arriver pendant l'opération même. C'est à lui plus qu'aux autres membres de la famille qu'il appartenait de m'autoriser à agir ou non, et comme il m'a fortement pressé d'opérer, je me suis immédiatement mis en mesure de faire la version podalique.

Pendant que les assistants allaient chercher du seigle ergoté, préparaient du vin chaud et de l'eau-de-vie, ou chauffaient du linge, j'ai fait la version podalique de la manière suivante: Les cuisses de la malade une fois écartées, je n'ai pas voulu déplacer le tronc et la tête pour ne pas aggraver la position. J'ai débarrassé la vulve et le vagin des caillots qui les obstruaient, et avec la main gauche j'ai pénétré jusqu'au col. Ici, en glissant méthodiquement les doigts et la main, j'ai sans doute occasionné un peu de douleur, mais la malade ne l'a guère manifestée. On ne pouvait pas songer, du reste, à prévenir ici la souffrance par l'administration du chloroforme. Entré dans l'utérus, j'ai décollé le côté droit du délivre, et arrivé sur les membranes, je les ai rompues. Après cela j'ai saisi plus haut un genou de l'enfant, c'était le gauche et j'ai fait l'évolution. La traction était obligée de tout faire ici, parce que l'utérus ne se contractait plus, ou il se contractait trop faiblement; aussi j'ai extrait successivement au dehors toutes les parties fœtales. La tête seule a offert quelques difficultés, soit au détroit supérieur, soit au détroit inférieur, mais que j'ai pu surmonter en peu de temps. (Il est dix heures.)

Après avoir retiré aussi le délivre et avoir confié l'enfant à une assistante, j'ai songé à ranimer la mère, dont la vie se manifestait à peine par quelques mouvements respiratoires. Je passe un linge sec sous les cuisses et sous le siége sans déplacer le tronc, je fais ôter les oreillers et fais élever les pieds de manière que la tête soit la partie la plus déclive du corps.

Sentant que l'utérus ne revient pas sur lui-même, et pour éviter l'afflux du sang dans l'abdomen au détriment de l'axe cérébro-spinal, je vais comprimer l'aorte ventrale. En même temps tous les assistants sont mis à contribution ; pendant que la croisée et la porte sont largement ouvertes, les uns frictionnent avec des linges chauds les membres et la poitrine, d'autres mettent dans la bouche de cette femme de l'eau-de-vie mêlée à du vin chaud et elle fait quelques mouvements de déglutition. J'en profite alors pour faire mettre un gramme de seigle ergoté dans ces liquides, et un instant nous avons espéré de ranimer cette femme. Après un état d'affaiblissement qui approchait de la mort se montre bientôt une inquiétude des membres, la malade essaye même de tourner le tronc pour se mettre sur le côté ;mais la face, loin de se faire plus sereine, se crispe, et les pulsations cardiaques ne reprennent guère de force. A cet état convulsif succède de l'affaissement, et la respiration commençant à se faire stertoreuse, j'essaye de la ranimer par un large sinapisme sur le devant de la poitrine pendant que je fais frictionner les parties latérales du thorax. L'utérus étant revenu sur lui-même, j'abandonne la compression de l'aorte et je fais moi-même une sorte de respiration artificielle par la pression et le relâchement des parties latérales du thorax, ou par la pression épigastrique, mais rien n'y fait. J'ai lutté jusqu'à minuit contre les symptômes de la mort, et enfin la malade a fini par ne plus donner signe de vie.

Mes prévisions s'étaient malheureusement réalisées. Je suis parti accablé de fatigue et de tristesse. La sage-femme, sur qui tombait la responsabilité de ces deux morts, a osé m'accompagner jusque dans la rue en cherchant des raisons scientifiques pour expliquer sa conduite; bien plus, elle a fini par me prier de dire à la famille qu'il n'y avait en tout cela rien de sa faute.

Par prudence, je n'avais rien dit à cette sage-femme pendant les soins que j'avais donnés à la malade; mais puisque je la voyais seule, et que, loin de reconnaître ses fautes, elle voulait me charger de la défendre, je lui ai fait sentir alors le poids de son ignorance et l'audace de sa demande. C'était déjà beaucoup que je ne dise rien ni pour ni contre sa conduite; mais la famille n'a pas eu besoin de moi pour porter son jugement. Malheureusement il était trop tard.

Réflexions. — L'enseignement le plus élémentaire de l'obstétrique apprend à reconnaître dans les symptômes qu'a offerts cette femme l'implantation du placenta sur l'orifice interne du col centre pour centre, et, quoique des opinions un peu diverses se soient montrées sur la conduite à tenir dans ces cas, l'avis le plus général est qu'il faut tamponner le vagin si les moyens médicaux ne suffisent pas à arrêter le sang, et dès que le col permet le passage, même un peu forcé, de la main, il faut extraire l'enfant. On a pu voir l'hémorrhagie s'arrêter par le décollement spontané ou artificiel de tout le placenta, ou par la compression de la tête fœtale sur ce placenta, lorsque cet organe n'est pas implanté sur le col centre pour centre; mais ces cas sont rares, et, du reste, la vie de l'enfant est presque toujours perdue dans ces cas. Quand on extrait promptement le fœtus, au contraire, la vie de ce dernier peut être sauvée et la mère reste peu affaiblie. Il n'est pas à ma connaissance que des femmes soient mortes après l'accouchement artificiel lorsqu'il a été opéré avant la perte considérable de sang, tandis que la science possède bien des observations où cette mort est arrivée après l'opération faite à la dernière extrémité. Faut-il dans ces cas refuser d'agir comme l'a fait le premier médecin ici? Je ne le crois pas, et l'opération faite deux heures plus tôt aurait peut-être sauvé cette femme. A mon arrivée le cas était désespéré sans doute, mais s'il y avait la plus petite lueur d'espérance, elle consistait dans la délivrance immédiate. Les réserves que j'ai faites et l'autorisation préalablement exigée n'ont pas seulement sauvé ma responsabilité, elles m'ont relevé aux yeux de cette famille. Quel n'aurait pas été le succès si nous avions pu ranimer la femme!

Quant à la transfusion du sang, qu'on aurait pu proposer dans ce cas comme dans d'autres semblables, elle était impossible, par l'absence des instruments nécessaires, en supposant que le mari ou une autre personne consentît à se laisser ouvrir la veine. Cette opération, malgré ses dangers, ne peut être tentée que dans les hôpitaux où l'on a tout prêt sous la main l'attirail nécessaire pour la pratiquer à temps.

OBSERVATION CCXLV.

Multipare. — Premiers mouvements actifs du fœtus apparents à trois mois et demi.— Il ne faut pas confondre comme on le fait la production de ces mouvements avec l'appréciation qui peut en être faite. — Conditions les plus ordinaires dans lesquelles la mère constate ces mouvements. — Toux pertinace pendant la grossesse. — Les préparations iodées soulagent les phénomènes réflexes de diverse nature. — Accouchement un peu prématuré. — Petits soins du travail qui ont beaucoup d'importance pratique. — Brièveté relative du cordon, ses signes, son traitement. — Application du lèniceps, sans avoir besoin de déranger la femme et sans la découvrir. — Naissance d'un garçon bien portant. — La flaccidité ou la tension du cordon peuvent-elles prouver l'adhérence ou le décollement du placenta?— Rétablissement de la mère sans fièvre.

Madame C..., après avoir légitimé par le mariage la naissance de ses enfants (v. les obs. LXI et CXVII), a vu ses règles apparaître encore une dernière fois, du 28 septembre au 2 octobre 1860 ; mais son mari, qui était absent, n'est arrivé que le 5 de ce dernier mois, et de ce jour seulement a pu dater le commencement de la grossesse suivante, qui est la cinquième.

En effet, la menstruation n'a pas paru à la fin d'octobre ; tout au contraire, on a vu commencer à cette époque les malaises habituels de la gestation (nausées, etc.).

Cette dame a senti les premiers mouvements de son enfant le 3 février 1861, pendant qu'elle était au lit, ce qui l'a surprise, sachant qu'elle ne pouvait pas être enceinte de plus de trois mois et demi.

Avant d'aller plus loin, je dois m'expliquer sur la *production* et la *perception* des mouvements fœtaux, deux choses très-distinctes, quoiqu'elles aient été confondues jusqu'ici. On est dans une grave erreur quand on dit que l'enfant se meut pour la première fois vers le milieu de la grossesse. Des exemples où on a perçu ses mouvements à trois mois existent dans la science ; j'ai même trouvé une dame qui vers le cinquantième jour a commencé à les percevoir pour continuer à les constater jusqu'à terme. Dans l'immense majorité des cas, cependant, c'est vers quatre mois et demi que ces mouvements commencent à se faire sentir, si bien qu'on a basé sur ce fait une manière de calculer l'époque de la grossesse ; mais si la perception de la mère est ordinairement si tardive, doit-on dire que cela tient à l'absence de ces mouvements ? Ce serait dire que le cœur fœtal ne bat pas avant quatre ou cinq mois parce

qu'avant cette époque on ne peut pas constater les pulsations par l'auscultation.

Tout muscle essaye ses contractions en même temps qu'il se forme, c'est-à-dire que l'organe et la fonction (préparatoire ou permanente) sont deux choses auxquelles on ne s'est pas suffisamment arrêté, et qui, pour moi, sont inséparables. Les mouvements musculaires, par conséquent, sont bien antérieurs aux époques auxquelles la mère ou le médecin peuvent les constater.

Comment expliquer alors la constatation de ces mouvements à une époque à peu près fixe pour la majorité des cas, et comment expliquer les exceptions à cette règle?

Si, comme je l'ai fait, on cherche à préciser l'époque de la première constatation de ces mouvements par la mère, on trouve que la règle de quatre mois et demi n'est pas aussi générale qu'on le croit; de plus, que les exceptions peuvent être rattachées à d'autres règles que le temps formulera assurément. Voici, en attendant, les propositions que je puis émettre à cet égard :

1° Les mouvements actifs sont antérieurs à l'époque à laquelle la mère et le médecin peuvent les percevoir;

2° Ils sont d'autant plus promptement perçus par la mère que l'utérus est naturellement sensible ou souffrant, et que cet organe s'élève plus promptement au-dessus du détroit supérieur;

3° La congestion cataméniale est chez la femme de la présente observation, comme chez beaucoup d'autres, l'époque où la mère perçoit les premiers mouvements de son enfant parce que, d'une part, l'utérus est plus gros, plus tendu et plus sensible, et, d'autre part, parce que le fœtus est alors plus actif;

4° Si dans un plus grand nombre de cas les premiers mouvements sont perçus à quatre mois et demi, il faudra chercher s'il n'y a pas à ce moment une congestion cataméniale; et ce qui tend à me le faire présumer c'est que bien des accouchements ont lieu à la période cataméniale du milieu du mois, au lieu de s'effectuer à l'époque cataméniale du mois entier. Je reviens à madame C...

Au sixième mois de la grossesse, cette dame a été prise d'une

toux sèche, pertinace, sans fièvre, qu'elle a portée pendant six semaines sans venir me consulter. M'en ayant parlé à ce moment, j'ai reconnu qu'il s'agissait d'une toux réflexe ou sympathique, comme on l'a appelée, et je lui ai ordonné une potion de 100 grammes où j'ai fait mettre 3 grammes d'iodure de potassium et 15 gouttes de teinture d'iode. Cette potion, prise par cuillerée, une matin et soir, puis trois fois par jour, a bientôt soulagé la malade.

Au huitième mois, cette dame est venue me voir pour savoir si son enfant était bien situé ; et, en effet, j'ai trouvé par le palper qu'il était situé en première position (O. J. G. A.).

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 28 juin et le 2 juillet ; mais le travail a devancé cette époque, et c'est le 24 juin qu'il s'est déclaré. Ici, il n'y a pas de doute possible, la fécondation n'ayant pu avoir lieu qu'après le 5 octobre, l'accouchement a devancé de quelques jours les neuf mois révolus et la neuvième époque cataméniale. Peut-être cela tient à ce que les règles chez cette dame arrivent tous les 26 jours environ.

Appelé à onze heures trois quarts du soir, le 24 juin (1861), je trouve que les contractions utérines sont déjà à cinq minutes d'intervalle ; le col, effacé, offre une dilatation de trois centimètres de diamètre. Tout allant bien, je fais coucher la malade sur le lit de misère, et j'attends que la dilatation soit plus avancée pour rompre la poche amniotique. Sachant que l'enfant précédent était mort onze jours après la naissance et que le père de ces enfants avait eu des symptômes de syphilis, j'ai commencé par recueillir les eaux amniotiques, en faisant asseoir la femme sur un vase plat au moment où j'ai percé la poche. La quantité et la qualité de ces eaux n'ont cependant rien offert d'anormal.

Le travail continuant, j'ai ramené le col utérin en avant, et la tête fœtale a bientôt plongé dans l'excavation ; mais là elle s'est arrêtée. Cet arrêt dans sa marche ne tient pas au défaut de contractions, qui, tout en étant une forte et l'autre faible, sont cependant énergiques ici ; il ne tient pas non plus à un vice de conformation du bassin, ni à une mauvaise présentation fœtale. Le rectum et la vessie sont vides. Pour faciliter cette progression de la tête, j'achève artificiellement la

rotation, soit en agissant sur la tête, soit en agissant sur le tronc fœtal ; enfin j'abaisse artificiellement le plancher et toujours sans succès. La tête, pendant la contraction utérine et volontaire, s'engage un peu à travers le détroit inférieur, et dès que la contraction est finie elle se retire à la même profondeur où elle était. En portant le diagnostic par exclusion, il ne me restait qu'une brièveté du cordon pour expliquer le fait, et malgré l'absence de la dépression utérine en cul-de-lampe, malgré l'absence de la douleur locale, qu'on a données comme signes de cette brièveté, je n'en ai pas moins persisté dans mon diagnostic.

Les pulsations du cœur fœtal ayant conservé leur force et leur fréquence, j'ai attendu encore; mais trois heures après minuit sonnent sans que la tête fasse des progrès bien marqués ; aussi à trois heures trois quarts j'applique le léniceps.

Cette application est faite sans découvrir la malade et sans la déranger de son lit. Une seule traction faite pendant la contraction a suffi à faire arriver la tête à la vulve.

Ici j'ai retiré l'instrument et j'ai fait sortir lentement cette tête par des pressions faites dans l'espace ano-coccygien. La tête une fois sortie, j'ai passé le doigt sur le cou pour chercher les tours du cordon, et quel n'a pas été d'abord mon désappointement lorsque je n'en ai pas trouvé. J'ai voulu aller chercher les aisselles pour les accrocher, et c'est alors que j'ai trouvé deux tours de cordon, l'un en écharpe sur l'épaule, l'autre tout autour du thorax. Ces tours sont trop serrés pour que je puisse les dégager et trop profondément situés pour pouvoir être coupés. Il m'a fallu tirer solidement sur les aisselles et j'ai vu le tronc s'avancer, se rouler, et le siège être même sorti au dehors avant que j'aie pu dégager les tours du cordon. (Il est quatre heures après minuit.)

L'enfant est un garçon développé comme à terme (3,130 gr.) et bien vivace. Après avoir appliqué deux nœuds sur le cordon, j'ai pratiqué la section entre les deux et j'ai constaté une fois de plus combien le signe du Docteur américain est trompeur pour tirer de la tension de la veine ombilicale le diagnostic du défaut de décollement du placenta. Ici la tension de la veine reste la même, et cependant je glisse les doigts le long du cordon, et je trouve le placenta engagé dans le col. Une faible traction a suffi pour extraire le délivre. La veine ne

s'est détendue que lorsque le placenta est descendu dans le vagin. Ce délivre est sain et volumineux.

Je serre le ventre de cette femme avec une ceinture, et administre à quatre heures et demi un demi-gramme de seigle, qu'on répètera à cinq heures. Attendu les hémorrhagies auxquelles cette dame est sujette après ses couches, on continuera à donner un demi-gramme d'ergot toutes les demi-heures jusqu'à ce qu'il y ait de fortes tranchées ou que le sang ne coule plus abondamment ; mais trois paquets ont suffi à atteindre le résultat désiré.

Je vois la malade à trois heures de l'après-midi (le 25), et je trouve que tout va bien : pouls à 72 ; cependant l'utérus est flasque, il m'a fallu le frictionner pour le faire rétracter, et comme il est fortement dévié à droite malgré la ceinture, j'engage la malade à se coucher sur le côté gauche. Le reste de la journée et la nuit sont excellents. Potages, eau rougie.

Le 26, je n'ai pu voir la malade qu'à six heures de l'après-midi, mais je ne l'ai pas trouvée moins bien que la veille. L'utérus est à trois doigts sous le nombril, et cette fois bien rétracté. Les seins sont encore flasques ; du reste, l'enfant va être envoyé à la campagne pour être élevé au sein d'une nourrice.

Le 27, la femme continue d'être sans fièvre, quoique les seins commencent à grossir. Huile camphrée, ouate. Le 28 la malade se purge, et les frictions, le purgatif et un peu de tisane nitrée ont suffi à opérer la résolution des mamelles.

La convalescence a été très-courte, et Mme C. s'est remise sans avoir une minute de fièvre.

OBSERVATION CCXLVI.

Primipare. — La vie de campagne et la vie d'atelier chez la femme. — Grossesse normale. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale, grande loi physiologique. — L'art peut être utile dans le travail le plus naturel de l'enfantement. — La femme accouche promptement, facilement, et sans même pousser un seul cri. — Est-ce que cette femme n'a pas souffert, ou bien n'a-t-elle pas montré une souffrance que toute femme devrait sentir, au premier accouchement surtout ? — Naissance d'un garçon bien portant. — Accouchement physiologique au premier degré, quoique l'art y ait un peu contribué. — Parallèle de cet accouchement avec ce qu'on appelle communément l'accouchement naturel ou spontané. — Rétablissement de la femme sans fièvre. — L'allaitement et les gerçures des seins. — La femme qui accouche le plus facilement n'est pas toujours une bonne nourrice.

Mademoiselle A. D., native du département du Nord, qu'elle a habité jusqu'à 15 ans, est une ouvrière âgée de 23 ans, d'une

taille au-dessous de la moyenne et d'un tempérament lymphatico-nerveux, mais d'une bonne constitution.

Réglée à 17 ans, ce qui est assez tard même pour la Flandre, elle a continué de voir tous les mois, en avançant chaque fois d'un ou deux jours. Le sang coule pendant trois ou quatre jours sans causer aucune indisposition.

Établie depuis huit ans à Paris, où elle est ouvrière à la fabrique de tabac, cette demoiselle s'est tout aussi bien portée qu'en province, et, ayant accepté la compagnie d'un amant, elle n'a pas tardé à devenir grosse.

Les règles ont paru pour la dernière fois du 27 au 29 septembre 1860, et dans le cours des trois ou quatre premiers mois, à peine si cette femme a eu des nausées. Tout ce qu'elle a eu de particulier est la perte du goût du café, qu'elle aimait tant avant d'être grosse.

Cette demoiselle est venue me voir au huitième mois de sa grossesse pour m'annoncer qu'elle voulait accoucher dans ma maison d'accouchement, et pour me demander si son enfant était bien situé. Je l'ai examinée au palper, et j'ai trouvé, en effet, cet enfant en première position du vertex (O. J. G. A.).

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 27 et le 29 juin, et c'est précisément le 28 juin 1861 que, les mouches ayant commencé dans l'après-midi, cette femme s'est rendue à la maison d'accouchement, à dix heures du soir.

Cette malade, après tant d'autres, est étonnée que, bien longtemps à l'avance, j'aie prédit le jour de l'accouchement, et cependant il n'y a là rien d'extraordinaire. La durée approximative de neuf mois a été reconnue depuis les temps les plus reculés, et ceux qui ont pu connaître le jour de la fécondation n'ont pas manqué d'attendre l'accouchement au bout de deux cent soixante-dix jours ; mais le travail, même dans les cas les plus naturels, est arrivé avant ou après, et la moyenne acceptée par les accoucheurs les plus expérimentés a au moins quinze à vingt jours d'étendue ; on ne s'étonne même pas quand on se trompe d'un mois.

Chez les animaux où le jour de la fécondation peut être parfaitement déterminé, on a trouvé souvent que la durée est toujours exactement la même; cela a lieu, par exemple, pour le lapin, le cochon d'Inde, etc., tandis que chez les quadrupèdes

supérieurs, la vache, la jument, par exemple, cette durée est moins exacte. Il était alors naturel que chez la femme, encore plus élevée dans l'échelle, la durée de la grossesse fût encore moins fixe. La médecine légale s'est ressentie de cette incertitude, et elle accorde trois cents jours au maximum. Si on écoutait quelques récits, il y aurait eu des grossesses de douze, quinze à vingt mois.

Un fait est venu me tirer heureusement de cette incertitude : c'est que la femme, dans la majorité des cas, accouche à la neuvième époque cataméniale, n'importe le jour de la fécondation. On avait remarqué parfois que les avortements avaient souvent lieu aux époques cataméniales, ou que les femmes grosses sont souvent plus souffrantes à ces époques que dans le reste du mois ; mais on ne s'y était guère arrêté. C'est l'examen clinique scrupuleux qui m'a fait connaître de la manière la plus formelle, 1° qu'aux époques cataméniales la congestion utérine a lieu comme si la femme devait avoir ses règles ; 2° que la neuvième de ces époques est ordinairement celle où la matrice chasse le produit. Bien plus, les statistiques que j'ai faites tendent à prouver, comme cela a lieu dans la présente observation, que la loi est vraie le plus souvent même chez les femmes dont la menstruation est habituellement en avance ou en retard. Chez ces femmes aussi on peut compter que l'accouchement arrivera à la neuvième époque cataméniale, comme si les règles venaient exactement tous les trente jours. Le jour de la fécondation, qui, du reste, n'est presque jamais connu, n'est pas nécessaire à savoir, tandis que les femmes oublient rarement l'époque des dernières règles, et cela suffit pour prévoir l'époque la plus probable de l'accouchement. Ceci n'est pas seulement une simple curiosité scientifique, c'est une vérité qui me rend déjà d'immenses services, et qui m'a permis d'établir des règles en dehors des idées reçues, soit pour déterminer la durée moyenne de la grossesse, soit pour constater ses extrêmes. Les lecteurs de cette clinique peuvent s'en assurer souvent ; mais s'ils voulaient d'autres détails, ils peuvent les trouver dans un mémoire que j'ai lu, le 14 juillet 1863, à l'Académie de Paris. Je reviens à mademoiselle A. D...

Je constate à son arrivée que le col utérin, déjà effacé, offre une dilatation de trois centimètres de diamètre, que la tête fœ-

tale plonge déjà dans l'excavation, et que les contractions utérines sont à la période de cinq minutes.

Cette femme se couche à dix heures et demie sur le lit de douleur, et comme le col a de la tendance à se porter en arrière, je retiens la lèvre antérieure en avant avec le doigt. Cela fait marcher encore plus promptement la dilatation, et lorsqu'elle offre cinq centimètres de diamètre, je perce la poche des eaux; il est onze heures.

Le travail marche; pour l'abréger, j'abaisse le plancher, et la tête ne tarde pas à arriver à la vulve. Pour éviter les déchirures de la fourchette, je ménage la sortie céphalique jusqu'à ce que les tissus s'y prêtent, et à onze heures trois quarts cette tête a pu franchir la vulve, sans même avoir entamé le repli muqueux de la fourchette.

Les épaules ont bientôt fait leur rotation, le dos à la gauche de la mère, et le reste du tronc a été lancé promptement au dehors. Une chose importante à noter est que cette femme, quoique primipare, n'a poussé ni un gémissement, ni un seul cri. A la contraction utérine elle ajoutait l'effort volontaire, comme on le ferait dans une selle pénible, et c'est tout. Voilà l'accouchement que l'art devrait tâcher d'obtenir toujours, parce qu'il est non-seulement le plus facile, mais le plus heureux, quoiqu'on en dise.

Dans les cas de ce genre, doit-on dire que la femme, par la force de la volonté, a étouffé la douleur? Cela serait admissible si elle avait intérêt à se cacher; mais ici elle n'a pas crié parce qu'elle n'a pas souffert, et elle n'a pas souffert parce qu'avec un bonne conformation des parties il y avait préparation convenable, sans trop de tiraillement des tissus. Sans doute la sensibilité est plus ou moins grande, suivant les individus; mais on ne peut pas accuser d'être douillette une femme qui manifeste vivement sa douleur pendant l'accouchement; c'est qu'elle souffre en proportion, et l'art doit faire usage de tout pour prévenir encore plus que pour étouffer ces douleurs. L'expectation érigée en principe, comme on l'a fait, est un principe malheureux par les résultats immédiats et par ses conséquences. Si je n'étais pas intervenu ici, très-probablement le travail n'aurait été ni si prompt, ni si facile, c'est-à-dire pas aussi physiologique, au moins pour les résultats.

L'enfant est ici un garçon un peu maigre (2,910 grammes), mais ayant quarante-neuf centimètres de long et bien portant. La délivrance a eu lieu dix minutes après, moyennant quelques tractions légères sur le cordon. Le placenta est très-sain. Après avoir donné à la femme deux grammes de seigle en deux prises, et lui avoir serré le ventre avec une ceinture, je l'ai fait remettre dans son lit de repos, où elle a bien passé la nuit.

Le 29, la malade est bien, mais comme le sang a coulé un peu plus que d'habitude, quoique l'utérus soit rétracté, j'ordonne encore un demi-gramme d'ergot, qu'on répètera au besoin. L'enfant prend du lait coupé qu'il vomit; la mère prend des potages et de l'eau rougie.

Dans la soirée, tout va bien; le sang a cessé, et la nuit est excellente. Le 30, je trouve la malade sans fièvre; elle demande à manger. Comme les seins n'ont pas encore de lait, on continue à donner à l'enfant du lait coupé avec de l'eau d'orge au lieu de gruau, et il le digère mieux.

Le 1er juillet, pas de fièvre, quoique les seins commencent à gonfler; aussi je commence à faire présenter l'enfant. J'augmente le régime, et le 2 on peut considérer la malade comme convalescente.

Tout allait à merveille; mais l'enfant, quoique suçant beaucoup, avalait peu et pleurait souvent. C'est le signe d'une sécrétion peu abondante de lait. Dans la crainte que l'enfant ne puisse pas bien saisir le bout des seins, je le forme avec la ventouse, et sans plus de succès. L'enfant prend les bouts assez bien, mais c'est qu'il n'y trouve pas de liquide; aussi, je prédis que les gerçures ne tarderont pas à arriver, et qu'à la fin on sera obligé d'avoir une nourrice.

Malgré ma proposition de suspendre la nourriture, cette femme a voulu continuer, et déjà le 5 le bout des seins est plus sensible; le 6, il commence à se gercer du côté droit. Je fais suspendre l'allaitement de ce côté, et je fais mettre sur les gerçures une solution de tannin suivie de cérat.

La malade commençait déjà à aller mieux, lorsque le 8 elle a voulu sortir de la maison. Le sein gauche, non gercé, donnait un peu plus de lait, mais je doute fort qu'il en ait donné assez pour la nourriture. Je n'ai plus revu cette femme.

Réflexions. — Voilà ce que j'appelle un accouchement physiologique, c'est-à-dire celui qui, comme toutes les fonctions physiologiques, se fait d'une manière facile et heureuse. La nature a fait ici presque tout, mais l'art ne l'a pas moins aidée. Quelle différence entre cet accouchement et celui qu'on a appelé naturel ou spontané, où on laisse la femme pendant dix, quinze et même vingt-quatre heures en mal d'enfant, quoiqu'elle endure les plus grandes souffrances, quoique l'enfant naisse en état de mort apparente, quoique la femme ait la fièvre dite de lait, quoique enfin elle soit excessivement affaiblie par la perte de sang, par la souffrance et par la diète!

Malheureusement, les femmes qui ont les accouchements les plus physiologiques ne sont pas toujours celles qui sont les meilleures nourrices. Si cette femme était encore à la campagne, qu'elle ne passât pas toutes ses journées dans un atelier où elle respire un air chargé de nicotine, peut-être aurait-elle eu assez de lait pour nourrir son enfant; mais dans les conditions où vit cette ouvrière, la sécrétion laiteuse laisse beaucoup à désirer.

Elle doit beaucoup aux qualités naturelles qu'elle avait acquises à la campagne pour son accouchement physiologique, elle doit peut-être à son séjour de Paris de ne pas être bonne nourrice.

OBSERVATION CCXLVII.

Primipare. — Menstruation abondante cause ou effet de maladies. — Hérédité des phénomènes de la vie utérine. — Stérilité avec un homme, fertilité avec un autre. — Influence heureuse de la grossesse sur les femmes chloro-anémiques. — Accouchement à la dixième époque cataméniale, raisons plausibles du fait. — Travail ne durant que douze heures, mais très-douloureux. — Naissance d'un garçon de volume ordinaire, malgré la grossesse prolongée. — Rhumatisme aigu simulant une péritonite franche. — Son parallèle avec les inflammations résultat de résorptions. — Gravité du rhumatisme comme complication de l'état puerpéral. — Cachet que cet état donne à la maladie. — A quoi exposent les caprices des malades. — Allaitement nuisible à la mère et à l'enfant. — Le muguet est-il contagieux? — On ne peut pas trouver de nourrice pour l'enfant, qui se meurt d'inanition. — Après des alternatives de bien et de mal, la mère entre dans une maison de santé, où elle finit par succomber.

Madame B., native du département du Nord, qu'elle a habité jusqu'à l'âge de 19 ans, est une commerçante établie à Paris depuis 11 ans, rue des Marais-Saint-Germain. Cette dame, âgée de 30 ans, est d'une taille au-dessus de la moyenne et carré-

ment bâtie, cependant elle est d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une constitution délicate, elle a été presque toujours sujette à la chloro-anémie.

Réglée à 14 ans, elle a continué de voir tous les mois, et chaque mois le sang coulait pendant dix jours. Dans la famille, du reste, la mère et plusieurs filles ont la menstruation aussi abondante, ce qui est rare pour les climats comme celui du Nord.

Malgré la facilité qu'ont les femmes à réparer le sang perdu, il n'est pas sans inconvénients que la menstruation soit aussi abondante : une pareille perte ne peut se faire sans affaiblir l'état général et sans entretenir une congestion nuisible dans l'utérus.

Mariée à 19 ans, elle a vécu pendant neuf ans avec son mari sans avoir d'enfant; bien au contraire, elle a été tourmentée par des maladies de matrice qu'on lui a dit être des ulcérations, un abaissement, etc.

La stérilité, loin d'être ici le résultat d'une torpeur de la part des organes sexuels, était très-probablement, au contraire, le résultat d'une trop grande activité, et, loin de croire que l'harmonie n'existait pas entre cette femme et son mari, il est probable que la fécondation avait lieu, mais que l'œuf fécondé était emporté par la menstruation en excès ou expulsé par l'utérus hypertrophié.

Devenue veuve en 1859, Madame B... a été fatiguée par le chagrin et par le travail, de sorte que ses forces générales ont été affaiblies. C'est dans ces circonstances qu'elle a cédé aux assiduités d'un homme avec lequel elle a eu des rapprochements sexuels à des époques qu'elle a parfaitement notées.

Elle avait eu ses règles du 10 au 20 juillet 1860, et a eu depuis cette époque des rapprochements sexuels le 4 et le 15 août. Le 20 de ce mois les règles devaient venir et ne sont pas revenues. La fécondation avait eu lieu, par conséquent, à une des deux époques.

La grossesse s'est très-bien passée, la malade a même gagné de l'embonpoint et de la fraîcheur, ce qui arrive souvent chez les femmes qui sont chloro-anémiques avant la fécondation.

La neuvième époque cataméniale correspondait du 10 au 20 avril 1861, mais cette époque a été dépassée et le travail

n'est arrivé que le 12 mai, c'est-à-dire à la dixième époque cataméniale.

Puisque l'accouchement n'a eu lieu qu'à une époque cataméniale, ma règle n'est pas en défaut; il s'agit de savoir maintenant si nous allons trouver les contre-épreuves d'une grossesse prolongée. En comptant la durée par jours on aurait, du 15 août au 12 mai suivant, 270 jours ou tout juste une grossesse de 9 mois de 30 jours, ce qui arrive rarement, quoi qu'on en dise. La raison du fait est ici facile à concevoir : c'est que, si la fécondation a eu lieu le 15 août, la menstruation a manqué le 20 ou peu de jours après, de sorte que la neuvième époque cataméniale est arrivée pendant que le fœtus n'aurait eu que 240 jours au moins et 250 jours au plus. Il n'était par conséquent pas assez développé, et il n'est pas étonnant alors que tout ne fût pas prêt pour son expulsion. C'est la dixième époque cataméniale qui a effectué l'accouchement.

Un médecin-pharmacien a assisté cette dame pendant le travail, qui n'a duré que douze heures, mais il paraît avoir été très-douloureux. L'enfant, qui est un garçon, est venu par le vertex, et il n'est guère plus développé qu'à terme, quoiqu'il soit venu à la dixième époque cataméniale. La chose est claire maintenant, c'est que la fécondation ayant eu lieu seulement cinq jours avant la première menstruation manquante, cette menstruation ne méritait presque pas d'entrer en ligne de compte.

Il y avait à peine 4 à 5 heures que l'accouchement était terminé, lorsque la malade a été prise d'une douleur vive dans l'hypocondre et le flanc gauches. Le médecin-pharmacien a essayé de l'apaiser d'abord avec des frictions anodines et des cataplasmes. Les douleurs et la fièvre ayant augmenté, le 17 mai on a mis des sangsues sur les points douloureux; mais, loin de s'apaiser, la douleur s'est propagée à tout l'abdomen, et le 20 on a donné un bain général sans pouvoir soulager la malade.

C'est en présence de cette aggravation que j'ai été appelé, le 21, à soigner cette dame. Voici en quel état je l'ai trouvée :

Loin d'avoir le visage pâle et les yeux creux, elle a au contraire les joues rouges et les traits animés; la peau est moite et le pouls bat 120 fois par minute. Le ventre est ballonné et

très-sensible à la pression, surtout à l'hypogastre et au flanc gauche; la langue est rouge par suite de la chute de l'épithélium; avec cela l'haleine et les lochies ne sont pas fétides, la tête n'est pas douloureuse.

Mon diagnostic exclut de suite les résorptions, qui sont les plus à craindre, et je crois à une péritonite franche. Je commence par vider, à l'aide du cathétérisme, la vessie, qui était fort distendue, puis j'ordonne du calomel et des frictions mercurielles belladonées. Bouillons, lavements et injections vaginales émollients, cataplasmes sur l'abdomen.

Le 22, la malade a un peu moins de fièvre, mais la sensibilité du ventre est la même; aussi je fais appliquer un large vésicatoire volant de chaque côté de la ligne blanche, tout en faisant continuer le reste.

Le 23, la malade est mieux pour le ventre, qui est moins distendu et moins douloureux; mais en revanche, il y a des douleurs intercostales et, qui plus est, des douleurs dans l'épaule gauche. Ces douleurs venaient éclaircir le diagnostic, et, au lieu de croire à une péritonite franche, il m'a fallu admettre que le rhumatisme aigu était, sinon tout, au moins une grande complication dans cet état Il faut savoir ici, du reste, que cette femme, quoique la chaleur ne soit pas bien vive, veut absolument avoir, jour et nuit, la fenêtre et la porte de sa chambre grandement ouvertes. Toutes les recommandations que j'ai faites ont été inutiles, et si le courant d'air n'a pas causé le rhumatisme il est au moins fait pour l'entretenir. Avec cela, cette dame nourrit sa fille au sein, et encore ici j'ai voulu la faire renoncer à la nourriture, mais la chose a été impossible.

Je fais faire sur les régions douloureuses des frictions sédatives, et les fais envelopper d'ouate; j'ordonne en même temps une potion quinique opiacée. Le 24, j'ordonne aussi un peu d'huile de ricin et de la tisane nitrée, mais sans résultat bien marqué. Ici, comme dans tous les cas de rhumatisme aigu, les douleurs se promènent sur divers points du corps, en produisant les phénomènes les plus singuliers, phénomènes qui ne sont même pas bien indiqués dans les ouvrages. Ainsi, tantôt c'est la vessie qui est prise, et elle ne laisse pas séjourner une cuillerée d'urine sans l'expulser, ou elle se laisse dis-

tendre outre mesure, de manière à nécessiter le cathétérisme; tantôt c'est l'intestin qui offre des tranchées douloureuses avec diminution du ventre et des vomissements, ou un ballonnement effrayant; tantôt ce sont les muscles intercostaux qui sont le siége de douleurs, et leurs mouvements étant plus ou moins suspendus, la malade est prise d'étouffements qui approchent de l'asphyxie, ou d'une toux sèche très-fatigante; tantôt enfin les parties cutanées de la tête sont douloureuses au point d'arracher des cris à cette femme. Le rhumatisme n'a jamais atteint les articulations des membres.

Outre cela, la fièvre est continue avec des redoublements qui ont été précédés ou non de frissons. La digestion avait continué d'être bonne; aussi la malade ne suivait jamais le régime prescrit. Elle exigeait de la garde des soupes maigres, de l'eau rougie ou du vin pur, de la salade, des pâtisseries et autres gourmandises. Si on ne les lui donnait pas, elle se mettait dans des colères délirantes; aussi la diarrhée et le muguet n'ont pas tardé à en être la conséquence.

Je ne suivrai pas le traitement que j'ai appliqué, jour par jour; je dirai seulement que j'ai employé, avec des alternatives de mieux et de plus mal, les vésicatoires volants, la teinture de colchique, et enfin, pour la diarrhée, le sous-nitrate de bismuth.

J'avais ainsi maintenu les forces de la femme en assez bon état, lorsque l'enfant, exténué par le manque de lait, était devenu un squelette. Cette femme n'a voulu consentir à faire donner du lait de vache à son enfant que lorsqu'elle lui a vu la bouche couverte de muguet. Comme j'insistais pour une nourrice, la mère s'y est opposée de toute sa volonté. Cet enfant était réduit au marasme lorsque enfin la mère a consenti à lui donner une nourrice. Chose étrange, on a eu beau parcourir plusieurs bureaux et offrir aux nourrices le double des gages ordinaires, il a été impossible d'en trouver une qui voulût donner le sein à l'enfant. Dès qu'elles voyaient ce pauvre squelette avec une bouche à moitié ulcérée, elles refusaient de le présenter à leurs mamelles. Ce pauvre enfant est mort le 30 juin, on peut dire d'inanition, quoique j'essayasse d'étancher sa soif avec du lait mêlé à des eaux féculentes.

La mère avait fini par reprendre un peu, et les douleurs

semblaient avoir quitté leur marche erratique pour se fixer dans le flanc droit. Là on sentait, même profondément, de l'empâtement, comme si un phlegmon menaçait de se faire dans la fosse iliaque, ou que les muscles psas et iliaques fussent devenus le siége du mal. J'ai fait faire sur place des frictions mercurielles belladonées suivies de vésicatoire volant, et la maladie a arrêté sa marche croissante. L'empâtement a diminué.

C'est par un sentiment d'humanité que je n'avais pas voulu abandonner cette femme, malgré le peu d'exactitude qu'elle mettait à exécuter mes ordonnances; mais la voyant un peu mieux, j'en ai profité pour lui dire qu'elle se rétablirait bien plus vite ailleurs que chez elle, où mille souvenirs la rendaient toujours triste ou agitée. C'est ce qu'elle a fait le 21 juillet, en entrant dans une maison de santé de la banlieue.

Là, il paraît que les soins les plus assidus et les plus intelligents n'ont pas pu surmonter les caprices du mal, et cette femme a fini par succomber quelques mois après.

Réflexions. — Je ne m'arrêterai pas à discuter si le muguet est contagieux, sachant ici que la faiblesse accompagnée de surexcitation locale a pu produire le mal chez la mère et l'enfant, sans avoir besoin de la contagion. Je ne m'arrêterai pas non plus sur les causes du rhumatisme, trop manifestes ici, et cette terrible maladie a paru trouver des forces dans l'état puerpéral. Ce que je veux faire remarquer, c'est l'ensemble des symptômes qui différencient le rhumatisme puerpéral d'avec les résorptions et leurs conséquences.

L'idée d'une péritonite franche s'est présentée le premier jour à mon esprit, de cette péritonite dont on a tant parlé dans les livres et que je cherche en vain au lit des malades, car c'est à peine si j'en ai trouvé quelques exemples. L'idée de la péritonite a bientôt fait place aux signes du rhumatisme musculaire aigu. Rhumatisme bizarre si l'on veut, auquel la puerpéralité a donné un cachet particulier, mais qui est resté rhumatisme tout le temps.

Peut-on confondre cette maladie avec la résorption de matières en putréfaction dans l'utérus, et qui, absorbées, produisent les accidents connus sous les noms de métrite, péritonite, phlegmons, phlébites, infections purulentes, fièvres puer-

pérales, etc., etc.? Je n'ai pas balancé un instant à cet égard.

Rien ici n'annonçait la résorption, qui, outre les frissons et la fièvre, s'accompagne d'une altération prompte des traits du visage, de céphalalgie, de la fétidité de l'haleine, et qui a surtout une marche excessivement prompte, c'est-à-dire la marche d'un empoisonnement violent. Les douleurs du ventre ont pu faire croire un instant à la péritonite, mais sans résorption, ce qui est très-rare. Les douleurs de l'épaule, les symptômes d'oppression et de toux, les vomissements et la diarrhée, les douleurs cutanées de la tête et quelques autres symptômes ont pu donner le change pour une résorption purulente ; mais la marche générale de la maladie a été toujours celle du rhumatisme musculaire aigu. Que les muscles malades aient appartenu à l'axe spinal ou au grand sympathique, c'est toujours dans les muscles qu'il s'est fixé, sans jaller dans les articulations.

OBSERVATION CCXLVIII

Pluripare. — Les règles les plus abondantes ne se trouvent pas toujours chez les femmes les plus sanguines. — Influence des vapeurs alcooliques sur la pléthore. — L'extinction de la voix et autres symptômes laryngés comme signes de la souffrance utérine. — Dangers de la congestion de l'utérus pendant la grossesse. — Les révulsifs et les déplétifs ne sont pas suffisamment employés depuis qu'on a tant parlé de la chloro-anémie. — Valeur de l'écoulement des seins avant l'accouchement. — Mort du fœtus dans le sein maternel. — Accouchement à la huitième époque cataméniale. — La bosse séro-sanguine sur la tête des enfants morts. — Le travail est plus lent que lorsque l'enfant est vivant; préjugés à cet égard. — Naissance d'une fille, dont le ramollissement indique une mort antérieure à l'époque présumée. — Lésions anatomiques du placenta donnant l'explication de la mort de l'enfant. — Diversité entre les observations du microscope et de la clinique pour l'admission et le traitement de la placentite. — Rétablissement de la femme sans fièvre.

Madame M..., depuis son dernier accouchement (voy. Observ. CLXXXVIII), s'est très-bien portée, et ses règles, qui s'étaient bien rétablies, ont apparu encore pour une dernière fois du 1er au 6 novembre 1860.

Dans les premiers mois de cette deuxième grossesse, à peine si madame M... a des nausées, et sa santé est si bonne qu'elle ne vient pas me consulter avant le troisième mois, malgré les recommandations contraires que je lui avais faites. De mes prescriptions antérieures, elle n'avait observé que l'abstinence

de l'eau-de-vie; mais ce n'est pas tout de boire. Cette femme, qui est la fille d'un marchand de vin en détail, vit dans une atmosphère alcoolique; aussi, elle ainsi que son père et sa mère sont d'une pléthore sanguine excessive. Ensuite, madame M... a depuis le commencement de sa grossesse un appétit irrésistible qui la force à manger même en dehors des repas ordinaires.

Au troisième mois de la gestation, cette dame fait une chute sur l'escalier; on m'appelle, mais comme il n'y a aucun symptôme alarmant, je me contente de constater qu'il y a en effet une grossesse de trois mois, et ne prescris que le repos de quelques jours. Attendu la pléthore générale chez cette femme, et la présence d'un enfant mort à la grossesse précédente, je recommande de me faire avertir dès qu'il y aura quelque chose d'anormal.

Le 2 avril 1861, madame M... vient me dire qu'elle a des malaises, de la céphalalgie et quelques douleurs utéro-lombaires; mais comme nous sommes à une époque cataméniale, j'explique ces symptômes par la congestion utérine et je ne m'en préoccupe pas. En effet, ces symptômes ont disparu spontanément les jours suivants.

Dans les premiers jours de mai, les mêmes phénomènes reparaissent; de plus, il y a des éblouissements, et surtout une extinction de la voix, sans qu'il y ait ni coriza ni bronchite; tout autant de phénomènes réflexes de la souffrance utérine.

Croyant que la chose serait de courte durée comme le mois précédent, on a attendu jusqu'au 8 mai pour m'en parler, et à ma visite je constatai non-seulement la congestion utérine, mais de la pléthore générale; ainsi, le visage est animé et le pouls est plein. J'ordonne le repos et des sinapismes aux bras, me proposant de faire une saignée le lendemain dans le cas où la congestion utérine ne serait pas diminuée. Le 9, en effet, un épistaxis vient s'ajouter à la dérivation, et tout rentre dans l'ordre. Le ventre se fait aussitôt moins tendu; les douleurs de reins ont disparu, l'aphonie seule persiste, mais la femme ne s'y arrête pas, parce qu'elle dit y être sujette.

Dans les premiers jours de juin, les mêmes indispositions reparaissent, et je voulais saigner la malade lorsqu'un nouvel épistaxis est venu la soulager. A cette époque, j'ai pratiqué le

palper et j'ai trouvé un enfant situé en seconde position (O. J. D. P.). Les pulsations cardiaques de cet enfant sont assez vives et régulières pour faire croire qu'il est bien portant; il est curieux, cependant, de voir les seins couler assez abondamment, ce qui est de mauvais augure.

Le 28 du même mois de juin se renouvellent la céphalalgie et l'épistaxis; de plus, il y a des vomissements et des selles diarrhéiques. L'enfant ne se fait sentir que faiblement, et le 29 il cesse tout à fait ses mouvements. Dès le 20, il y a une perte de mucosités vaginales, et les seins, qui avaient continué de couler, ne donnent plus rien.

Tous ces symptômes ont fini par éveiller l'attention de la famille, laquelle me fait appeler le 29, et voici ce que je trouve :

L'utérus est à trois doigts au-dessus du nombril, et il est assez flasque, ce qui permet de bien explorer le fœtus, et cependant je trouve celui-ci moins facilement qu'au commencement du mois. Cela se conçoit : pendant la vie, le fœtus, par une sorte de position active, portait le dos en avant, en appuyant les membres sur la paroi postérieure gauche de l'utérus, tandis que maintenant il est ramassé sur la région la plus déclive de la matrice. J'ai pu cependant reconnaître encore la présentation et la position (O. J. D. P.); mais l'auscultation n'a pu constater aucun bruit fœtal.

Si tout se bornait là, je me serais contenté d'attendre; mais c'est que la malade a le pouls à 90 et plein; elle a le visage animé et la tête lourde; aussi je fais une saignée du bras. A peine une centaine de grammes étaient déjà sortis que la femme a été prise de mouvements spasmodiques de tout le corps, et il m'a fallu arrêter le sang.

Le 30, j'ai trouvé la femme en bon état. J'ai examiné l'enfant au palper, en le secouant de toutes les manières, puis j'ai ausculté la région cardiaque et je n'ai trouvé qu'un silence de mort.

Le 1er juillet, c'est-à-dire à la huitième époque cataméniale, les mouches commencent dans la soirée. Je suis appelé à onze heures, et je trouve déjà les contractions à la période de dix minutes. Le col utérin est ramolli, mais non effacé, la tête fœtale plonge déjà dans l'excavation.

Le travail continue dans la nuit, mais faiblement, ce qui faisait dire aux anciens que le fœtus ne s'aidait pas, parce qu'il était mort, tandis que cela tient évidemment à un défaut d'excitation, et peut-être à une sorte d'empoisonnement, résultat de la résorption des liquides de l'œuf. A cinq heures après minuit, la poche des eaux se rompt spontanément, et déjà, à cinq heures et demie, la tête fœtale était couverte d'une bosse séreuse très-prononcée. Ceux qui ont considéré cette bosse comme un signe de la vie fœtale sont dans l'erreur; seulement, il y a ceci de différent, que la bosse chez le vivant est séro-sanguine et l'os lui-même est injecté sur le point correspondant, ce qui n'a pas lieu chez le mort, parce que la sérosité seule concourt alors à former la tumeur de la tête.

Pour rendre le travail plus profitable, je redresse le col utérin; mais malgré cela, les contractions utérines sont faibles et rares. Bien au contraire, il y a des vomissements et une sorte d'oppression, une agitation, qui effrayent la famille, mais qui se calment avec un peu d'eau de mélisse.

A huit heures du matin, le 2 juillet, je tâche de hâter le travail en engageant la malade à faire des efforts volontaires pendant que j'abaisse le plancher ou que je pousse l'utérus extérieurement de haut en bas, ou que j'excite les contractions en pressant les bords du col pour le faire chevaucher sur la tête. Ces moyens artificiels ont, en effet, amené bientôt la tête à la vulve, et des tractions sur le cou ont fait sortir le tronc (8 heures et demie).

L'enfant est une fille de sept mois et demi environ (longue de 37 centimètres), mais si ramollie que sa mort remonte évidemment à quinze ou vingt jours. Si la mort, en effet, ne datait que de quelques jours, comme le prétend la mère, les chairs seraient encore fermes, tandis que l'épiderme s'enlève partout à la plus petite traction. Cet enfant n'offre cependant à la surface du corps ni boutons, ni autre maladie qui explique sa mort. L'autopsie aurait peut-être dit quelque chose, mais la famille n'a pas voulu la permettre.

Un quart d'heure après, j'ai effectué la délivrance moyennant de petites tractions sur le cordon, et j'ai extrait ainsi un délivre qui a attiré toute mon attention. Pour le mieux examiner, du reste, je l'ai emporté chez moi.

En attendant, j'ai serré le ventre de la malade avec une ceinture, et lui ai administré 1 gramme de seigle ergoté.

Le 3, la femme est bien, pas l'ombre de fièvre; mais les seins, qui ne coulaient plus depuis plusieurs jours, commencent de nouveau à se gorger et à rendre du liquide. Le 4 et les jours suivants, la malade va de mieux en mieux, de sorte que la convalescence arrive sans qu'il y ait eu une minute de fièvre. Les seins seuls ont persisté à être gonflés, et il a fallu insister sur les purgatifs, les diurétiques, les frictions belladonées, etc. La santé s'est si vite rétablie que madame M... n'a pas tardé à ressentir encore les malaises de sa pléthore. J'arrive maintenant au délivre.

Les membranes sont ramollies et presque en décomposition ; mais c'est le placenta qui offre le plus d'intérêt.

Cet organe, de forme ovale, a 13 centimètres dans son plus grand diamètre, et 10 dans le plus petit, ce qui indique un placenta petit pour huit mois de grossesse. Quand on examine sa surface fœtale, on la voit crispée sur les deux tiers de son étendue et de couleur foncée. L'autre tiers seulement a un aspect normal. Entre la partie saine et la partie malade est une plaque blanchâtre arrondie de 2 centimètres de diamètre, sur laquelle je vais revenir dans un instant.

La surface utérine du placenta, surtout vis-à-vis la partie crispée de l'autre face, offre un aspect blanchâtre avec des noyaux jaunes, les uns gros comme une lentille, les autres comme une noisette. Cette face, lavée sous un jet d'eau, fait voir que la couche superficielle ou placenta maternel est, sur ces points, tout à fait privée de sang depuis quelque temps, et tout à fait indurée. Quelques caillots noirs qui recouvraient divers points de cette partie indurée ont été facilement détachés par l'eau, et sont évidemment le résultat du décollement placentaire qui a précédé le travail ou qui s'est opéré à son début.

La partie saine du placenta est bombée, élastique et d'une couleur normale; mais quand on la presse entre les doigts, on sent aussi qu'elle renferme quelques noyaux indurés dans son épaisseur. La partie malade est, au contraire, dure dans toute l'étendue de son parenchyme.

La section du délivre, en plusieurs sens, démontre que les

noyaux de la partie indurée sont formés par un tissu granuleux jaunâtre et uniforme, qui se termine brusquement à côté d'un tissu malade, mais conservant encore la texture du tissu placentaire; seulement, ce tissu intermédiaire est plus pâle que là où le placenta est sain. Les noyaux qu'on sentait dans la partie saine du placenta offrent un aspect tout différent; ainsi, leur enveloppe est formée de tissu placentaire induré et noirâtre, et dans leur intérieur on retrouve des caillots sanguins ramollis qui démontrent, à n'en pas douter, des foyers apoplectiques. Enfin, la plaque jaunâtre qui apparaissait sur la face fœtale, une fois divisée, a offert un tissu légèrement fibreux, plus pâle et moins dense que les noyaux du parenchyme induré. Cette plaque m'a paru être une hémorrhagie ancienne, où la matière colorante ayant été résorbée, la fibrine seule est restée, tandis que les autres noyaux étaient pour moi des cotylédons où les vaisseaux ayant été oblitérés depuis longtemps par un processus phlogistique, ces cotylédons s'étaient indurés et racornis.

Voulant avoir l'avis d'un micrographe sur ce sujet, j'ai mis, le jour même de l'accouchement, le délivre sous les yeux de M. Robin, lequel, ayant des idées arrêtées sur ces lésions, ne s'est pas donné la peine de me faire voir les choses au microscope. Il a déclaré à simple vue que les noyaux étaient du tissu placentaire envahi par la graisse, sans trace d'inflammation. Il ne trouve d'hémorrhagies que celles où les caillots se voient encore plus ou moins ramollis au centre d'une cavité close.

Quant aux causes qui ont oblitéré les vaisseaux des cotylédons indurés, il ne peut pas les préciser, et encore moins saurait-il dire ce qu'il faut faire pour prévenir ces lésions.

Tout en tenant compte de cet avis, je me suis dit cependant que la pléthore étant le fond morbide chez cette femme, je la combattrais si une nouvelle grossesse arrive, malgré la répugnance qu'on a à saigner les femmes depuis qu'on a tant parlé de la chloro-anémie de la grossesse. Nous verrons plus tard le résultat de ce traitement.

OBSERVATION CCXLIX.

Pluripare. — Inégalité d'action du rachitisme sur les diverses parties du squelette. — Bassin offrant 7 centimètres dans le diamètre antéro-postérieur. — Difficultés de la mensuration dans les bassins fortement inclinés. — Accouchements spontanés possibles, mais prématurés ou avec des accidents graves pour les enfants. — Enfoncement du crâne fœtal suivi de paralysie. — La méthode débilitante à la place de l'accouchement prématuré. — Cinquième accouchement ayant nécessité l'embryotomie. — Paralysie et fistule vésico-vaginale heureusement guéries. — Sixième grossesse où on a manqué de faire l'accouchement prématuré, et qui tend à se prolonger au-delà de neuf mois. — Influence de la conformation du bassin et de la présentation de l'enfant sur le terme de la grossesse, la préparation du col et la brièveté du travail. — Réduction céphalique par manœuvres externes. — Provocation du travail à neuf mois. — Difficultés des injections pour cette provocation. — Application du léniceps. — Le rétrécissement cause sur la tête des lésions mortelles pour l'enfant. — Guérison de la mère sans fièvre. — Le traumatisme de l'expectation est bien plus grave que le traumatisme d'une sage intervention.

Madame L. C., native de Paris, demeurant passage Brady, est une commerçante, âgée de 32 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une constitution replète. Sa taille est au-dessous de la moyenne ; elle compte 1 mètre 44 centimètres dans toute sa hauteur, 0,84 des talons à la saillie des hanches, et 0,69 des talons à la saillie des trochanters, ce qui laisse au tronc une plus grande longueur qu'aux membres inférieurs, et 15 centimètres de hauteur aux fosses iliaques. Les membres supérieurs, depuis l'extrémité libre du médius jusqu'à la saillie de l'acromion, ont 0,64, et comme ici il faudrait retrancher de plus toute la longueur de la main, on voit que les membres supérieurs sont comparativement bien plus courts que les inférieurs. Tous les membres, soit à simple vue, soit en suivant avec le doigt le trajet des os, n'offrent aucune déviation ; de sorte qu'il serait difficile, à ce seul examen, d'admettre les signes du rachitisme. La marche de madame L. C. est cependant un peu celle du canard, et elle n'a marché seule qu'à l'âge de sept ans. Nous allons voir, du reste, un rétrécissement du bassin assez prononcé chez cette dame.

Une sœur de Mme L. C. (voy. Obs. CLXXXV), que moi-même j'ai accouchée, a les jambes arquées, le sternum en carène, et cependant elle accouche facilement, c'est-à-dire que sur cette dernière, l'action du rachitisme n'a guère porté sur le bassin, ce qui, au contraire, a eu lieu pour madame L. C.

Cette dernière dame, réglée à 14 ans, a continué de voir, mais irrégulièrement, pendant les trois premières années ;

aussi, on lui a fait prendre des préparations martiales. Enfin, la menstruation s'est établie tous les mois, en avançant chaque fois d'un à quatre jours, et le sang coulait chaque fois pendant huit jours. Cet écoulement a toujours été précédé d'une névralgie à la tempe gauche, qui dure vingt-quatre heures.

Mariée à 18 ans, cette femme est restée grosse au bout de trois mois et est arrivée, sans beaucoup souffrir, jusqu'à huit mois et demi. Ici le travail est arrivé prématurément, par suite de la fusillade de 1848; et comme elle n'accouchait pas spontanément, au bout de trente-six heures on lui a extrait l'enfant avec une application pénible de forceps. L'enfant est né mort avec les os du crâne enfoncés. La mère s'est promptement remise, et au bout de douze mois commençait une deuxième grossesse.

Cette fois, l'accouchement s'est fait à terme, par la naissance d'une fille. Après dix-sept heures de travail infructueux, on a dû, cette fois encore, appliquer le forceps, et l'enfant est venu en vie. Cette enfant a vécu neuf mois, et est morte par suite d'une tumeur développée sur la tête. La mère s'est remise facilement, et au bout d'un an elle a vu se développer une troisième grossesse, qui s'est terminée à neuf mois par la naissance d'un garçon. Le travail a duré treize heures et s'est terminé spontanément; mais l'enfant est né avec un enfoncement du crâne et une hémiplégie symptomatique du côté gauche. Cet enfant, quoique nourri au biberon, a survécu, mais sans jamais avoir pu guérir complétement de sa paralysie, qui, à l'âge de 10 ans encore, se montre à la face, au bras et à la jambe. L'enfoncement du crâne, cependant, avait disparu au bout de six mois et n'a plus laissé de trace apparente. Les bains thermaux, l'électricité, etc., ont amoindri l'hémiplégie sans la faire disparaître.

Après deux ans de vacuité est arrivée une quatrième grossesse; et en vue de tout ce qui avait précédé, on a employé chez madame L. C. la méthode débilitante. Ainsi on lui a pratiqué une saignée tous les mois, ce qui ne l'a pas empêchée de se bien porter. L'accouchement est arrivé à terme avec la naissance spontanée d'un garçon, après vingt-quatre heures de travail. Cet enfant, élevé au sein d'une nourrice, a survécu aussi; mais il a eu des convulsions et est resté grêle.

Après dix mois de vacuité est venue une cinquième grossesse, et, comme cette fois la santé de madame L. C. n'était pas si bonne, on ne l'a pas saignée pendant la gestation. Le travail est arrivé à terme, et l'enfant, loin de se présenter par le vertex, comme tous les autres, est venu par la face. C'était une sage-femme qui assistait la malade. Voyant, au bout de trente-huit heures, que l'accouchement ne se terminait pas, on a appelé un médecin, auquel se sont joints bientôt deux autres. Ces trois médecins ont d'abord donné du seigle ergoté, et le voyant sans résultat, ils ont appliqué le forceps sans être plus heureux; enfin, ils ont fini par l'embryotomie. Ces manœuvres ont duré douze heures.

La femme, quoique exténuée par la douleur et la fatigue, ne s'est pas mal trouvée le premier jour; mais dans le cours du second a paru une paralysie qui s'étendait au bras et à la jambe gauches, comprenant à la fois la sensibilité et la motilité. Enfin, au bout de trois semaines, cette dame a commencé à se lever, et alors elle s'est aperçue qu'elle perdait involontairement ses urines : c'est qu'elle portait une fistule vésico-vaginale.

Soit par les efforts de la nature ou par les ressources de l'art, la paralysie est allée insensiblement en diminuant et a guéri au bout de six mois. Il ne devait pas en être de même de la fistule, et au bout de trois ans et demi, madame L. C. a quitté le département (Vienne) où la couche avait eu lieu, pour se rendre à Paris. Ici, elle est entrée dans le service de M. Jobert de Lamballe, à l'Hôtel-Dieu, et ce chirurgien l'a opérée avec un plein succès. Une seule opération a suffi; on a ôté les fils au bout de neuf jours, et la malade était guérie. C'est trois ans après l'opération qu'a eu lieu la sixième grossesse, dont il va être question.

Les règles ont apparu, pour la dernière fois, du 2 au 6 octobre 1860, et l'appréhension morale a encore plus fatigué madame L. C. que les malaises physiques; mais, par une coupable imprudence, elle est allée jusqu'au neuvième mois sans recourir à un médecin. Ici elle a consulté M. le docteur Arnaud, lequel me l'a adressée aussitôt.

Je vois, pour la première fois, madame L. C. le 27 juin 1861, et je trouve en effet la matrice ainsi que le fœtus développés comme à neuf mois. Le ventre tombe même en besace au-

devant des pubis, et la saillie du mont de Vénus est peu apparente, malgré l'embonpoint, tant est déprimée la symphise pubienne. Le fœtus offre ce que j'ai appelé une présentation indirecte, c'est-à-dire que sa tête est dans la fosse iliaque gauche, et le dos se dirige obliquement en haut et à droite. L'auscultation est ici d'accord avec le palper, tandis qu'au toucher vaginal je ne puis constater aucune partie fœtale. Le col utérin est mou, mais long, et pas entr'ouvert à son orifice interne. C'est ce qui arrive en effet le plus souvent lorsque, par un vice de conformation, la tête n'est pas maintenue sur le détroit, et par conséquent sur l'orifice interne de l'utérus. Aussi le travail préparatoire du col ne se fait pas, et si la neuvième époque cataméniale réveille quelques contractions, elles s'usent bientôt en préparant le col, de sorte que le travail se suspend sans que l'accouchement s'effectue. C'est ce qui fait prolonger souvent la grossesse jusqu'à dix mois, et donne des enfants énormes là précisément où il les faudrait petits.

Malgré le récit de ce qui précède, j'ai voulu m'assurer du degré de rétrécissement pelvien, et j'ai essayé d'arriver au promontoire sans pouvoir l'atteindre ; j'ai seulement senti que la saillie interne de la symphise pubienne était excessivement prononcée. Ce bassin est par conséquent un de ceux où toute la paroi antérieure du pelvis a été poussée en bas et en arrière, de manière que le bord supérieur de la symphise pubienne est presque refoulé au-dessous du promontoire, et, à la rigueur, il pourrait le toucher pendant que l'arcade en est fort éloignée. Ces bassins, excessivement inclinés, méritent circonspection dans la mensuration, et souvent on ne peut bien en préciser les diamètres qu'après la sortie de l'enfant.

Comme nous étions à l'approche de la neuvième époque cataméniale, j'ai voulu attendre les dispositions de la nature ; j'ai même favorisé la congestion utérine en purgeant la malade. Quant à l'enfant, je me suis borné à opérer la réduction céphalique par la pression externe exercée sur la tête, et j'ai maintenu cet enfant droit à l'aide d'un bandage de corps ; enfin j'ai prescrit le repos au lit pour que la tête fœtale reposât mieux sur le col et sur le détroit supérieur.

Les derniers jours de juin et les premiers jours de juillet s'é-

coulent cependant sans travail; à peine s'il y a eu quelques douleurs dans la région sacro-lombaire; et voyant, le 10 juillet, que la grossesse voulait se prolonger encore, je me suis déterminé à provoquer le travail.

A cinq heures de l'après-midi, je donne une douche sur le col avec de l'eau chaude à 35°; le jet est lancé par une pompe foulante de M. Charrière, et au bout de cinq minutes la malade en est tellement fatiguée que je suspends la douche. Il n'en a pas fallu davantage pour réveiller les contractions, qui ont augmenté jusqu'à onze heures. Depuis ce moment elles sont allées en se ralentissant, et ont cessé presque tout à fait après minuit.

Le 11, au matin, je trouve le col ramolli et entr'ouvert mais peu effacé, et les brides qui sillonnent le vagin, là où sont les cicatrices de la fistule, sont assez douloureuses au toucher. L'enfant se tient toujours en première position du vertex (O. J. G. A.); mais la tête est fort élevée. Les contractions ont un peu repris, elles sont à un quart d'heure d'intervalle; aussi je me borne à attendre; elles sont plus fortes quand la malade est couchée que quand elle se promène, ce qui est ordinairement le contraire. Cela s'explique facilement : c'est qu'ici le bassin est tellement incliné que lorsque la femme est debout le fœtus tombe devant les pubis, au lieu de peser sur le col et sur le détroit supérieur.

A midi, je trouve le col utérin plus dilatable, sans être guère plus dilaté, et la tête fœtale commence à se fixer sur le détroit supérieur; les contractions sont rares, mais elles continuent, et, loin de m'en plaindre, je ne fais rien qui puisse les exciter. A sept heures du soir, je me borne à relever un peu le col, qui est porté en arrière, pour le maintenir dans l'axe du vagin, ce qui favorise encore plus la dilatation et l'engagement; mais à mesure que la nuit s'avance, les contractions cessent complétement.

Le 12, à sept heures et demi du matin, je donne une nouvelle douche de cinq minutes, et, comme le col n'est plus si ramassé pour la recevoir, elle ne réveille presque pas de contraction : j'en fais pourtant une troisième à midi, et je la prolonge huit minutes. Ne pouvant pas rester constamment auprès de cette dame, j'y ai laissé un de mes élèves, le docteur Bastin,

qui a vu les douleurs se rapprocher d'abord, et puis finir par cesser dans la nuit.

Le 13, nous administrons la quatrième douche, sans plus de succès. Le 14, je fais la cinquième injection; mais, pour ne pas échouer encore, je ne la dirige plus sur le col. A l'aide d'une canule longue et effilée, je fais pénétrer le liquide dans l'utérus même, seulement je pousse ce liquide avec plus de ménagement. Au bout de dix minutes les contractions arrivent, pour se répéter, cette fois, toutes les six à huit minutes. C'est à cinq heures du soir que l'opération avait lieu; mais dès sept heures les contractions auraient de la tendance à se ralentir; aussi je vais chercher le col avec le doigt, et je le ramène en avant pour le titiller en le dilatant avec ménagement.

Par ce moyen, la dilatation s'avance, et à huit heures quarante-cinq minutes je perce la poche avec une plume effilée, pour que les eaux s'écoulent goutte à goutte. Les contractions, désormais, sont à la période de cinq à six minutes, et, quoique lentement, la tête s'engage toujours un peu plus à travers le détroit supérieur. A dix heures quarante minutes, je m'aperçois en palpant le ventre que la vessie, fortement distendue, fait saillie à gauche de la ligne médiane, et je fais uriner la malade. On aurait dit que tout allait marcher vite; mais à minuit nous en étions encore à peu près au même point qu'à dix heures. Aussi j'ai proposé une application de léniceps, qui a été d'autant plus acceptée que la malade même la demandait (minuit et demi).

Je fais placer la dame en travers du lit, et je confie les membres à deux aides, pendant qu'un troisième relève l'abdomen. J'ai voulu commencer l'introduction des branches par la gauche, comme on le fait ordinairement; mais la droite alors ne pouvait pas passer, tant le bassin était étroit. J'ai dû ici commencer l'introduction par la droite, et l'application a été possible; mais dès les premières tractions j'ai senti combien était grande la résistance qu'il fallait vaincre.

Avec les forceps ordinaires, l'application, et à plus forte raison la pression latérale et la traction, auraient dérangé la tête de la place qu'elle occupait; mon léniceps, pressant d'arrière en avant sans déranger cette tête, la laisse se mouler sur le détroit, ce qui est immense pour l'engagement. Voulant opé-

rer les tractions seulement pendant les contractions, et celles-ci étant à un quart d'heure d'intervalle, l'opération se prolongeait trop ; aussi j'ai essayé de faire rapprocher les douleurs en donnant 2 grammes de seigle ergoté, mais sans résultat. Si j'ai voulu avoir l'enfant, il m'a fallu suppléer par une traction plus vive. Pour neutraliser la douleur que je provoquais, j'ai fait respirer à la malade de l'éther qu'on avait à la maison.

La tête est enfin descendue dans l'excavation; j'ai fait alors la rotation de l'occiput en avant et l'ai ramené derrière la vulve ; pour éviter ici les déchirures, j'ai retiré l'instrument et ai fait sortir lentement cette tête à l'aide de l'extension artificielle. Une fois sortie, elle est restée enfouie dans le sillon vulvaire, et il m'a fallu aller chercher les aisselles, puis dégager les bras et enfin extraire le reste, mais jamais je n'ai senti mes doigts si à l'étroit pour exercer ces manœuvres (deux heures).

L'enfant est un garçon fort développé pour neuf mois et demi (4,300 grammes de poids, et 53 centimètres de longueur). La tête est très-allongée. Le cœur de cet enfant, qui battait pendant les premiers temps du travail, ne battait plus après l'extraction. J'ai essayé cependant de le ranimer par l'insufflation et les excitants qu'on emploie en pareil cas; les parents étant catholiques, j'ai même baptisé l'enfant conditionnellement; mais il était mort par suite des compressions qu'avait éprouvées la tête en traversant le rétrécissement. Dix minutes après la sortie de cet enfant, j'ai délivré la femme en exerçant quelques tractions sur le cordon, et j'ai extrait un placenta énorme; cet organe est en raquette et sain.

Dès que le délivre a été sorti, j'ai profité de la laxité des tissus pour bien préciser le rétrécissement, et j'ai pu porter parfaitement le médius et l'index droits sur le promontoire. L'index gauche a pénétré en dedans de l'arcade, et son ongle a été implanté sur les premiers, derrière la symphise. Cette mensuration a donné 7 centimètres 1/2 bruts; mais, comme ici le bord supérieur des pubis est plus rapproché que d'habitude, il faut retrancher un demi-centimètre pour l'obliquité, de sorte qu'il restait 7 centimètres seulement de libres pour le passage de l'enfant.

La malade ayant déjà pris du seigle, je ne lui en donne

plus ; je me contente de serrer son ventre avec une ceinture. Tisane, bouillons.

Dans le reste de la journée du 14, la malade est bien ; pas de fièvre ; l'utérus est rétracté, et à droite ; je fais uriner la femme, et elle peut le faire sans secours de la sonde. Le soir, il y a une constriction de la gorge, comme dans la boule hystérique. Potages, eau rougie.

Le 15, la malade est parfaitement ; pas l'ombre de fièvre ; les seins sont encore flasques. L'utérus est déjà d'un doigt sous le nombril. Même régime. Le 16, l'utérus est de trois doigts sous le nombril ; mais sa mobilité indique qu'il n'a pas encore pénétré dans l'excavation. Dans l'après-midi, la visite d'une dame cause un peu de peine à la malade, et des pleurs hystériques éclatent. Les seins commencent à gonfler sans qu'il y ait eu de fièvre. (Frictions avec la pommade belladonée.)

Le 17, la malade prend 30 grammes d'huile de ricin ; le 18, elle mange déjà la côtelette. La résorption de la belladone a produit une dilatation des pupilles, et même quelques rêvasseries pendant le sommeil ; mais comme il n'y a eu ni frissons, ni fièvre, j'ai suspendu les frictions, et cela a suffi pour apporter le calme. Même état le 19 ; seulement, le soir, il y a eu quelques tranchées secondaires, et du sang a coulé plus que le 18. Comme ces tranchées ne se sont plus répétées le 20 et le 21, je ne m'en suis pas préoccupé. Dès le 22, la malade a été convalescente. Le 23, elle a commencé à se lever quelques instants, et tout a été bien depuis.

Réflexions. — Cette observation, déjà assez longue, en dit assez elle-même ; je ne ferai donc que deux remarques. L'une a trait à la difficulté que j'ai eue à provoquer le travail par le moyen des injections, ce qui m'a fait recourir depuis à d'autres ressources. La seconde est que mon intervention avec le léniceps, avant d'avoir laissé la femme s'épuiser, a été plus innocente que l'expectation de l'accouchement précédent, où une fistule et une paralysie en ont été la conséquence. Ce cas, après bien d'autres, prouve par conséquent que le traumatisme de l'expectation est encore plus dangereux que le traumatisme d'une intervention préventive sagement employée.

OBSERVATION CCL.

Multipare. — Le tempérament nervoso-sanguin et ses inconvénients. — Les artistes et les mariages par force. — Jaunisse pendant la grossesse. — Les premiers mouvements fœtaux perçus à deux mois et demi. — L'embonpoint ne gêne pas beaucoup le diagnostic du palper. — Phénomènes nerveux bizarres. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Les eaux amniotiques verdâtres et la souffrance de l'enfant sans manifestation externe appréciable. — Naissance d'une forte fille qui respire parfaitement. — Décollement prématuré du placenta, hémorrhagie interne, ramollissement. — Erreur de croire que les accouchements prompts sont suivis d'hémorrhagie. — Tranchées primitives moins dangereuses que les tranchées secondaires. — La fièvre chez les accouchées provenant de cause rhumatismale. — Les évacuants et le sulfate de quinine, qui sont bons dans ces cas, combattent aussi ce qu'il peut y avoir de résorption. — Guérison. — Le secret médical et la déclaration des enfants adultérins.

Madame L..., native de Paris et habitant rue de la Fidélité, est une artiste âgée de 26 ans, de taille un peu au-dessus de la moyenne, de tempérament nervoso-sanguin et d'une constitution maladive, quoiqu'elle offre toutes les apparences de la fraîcheur et de la santé. Ainsi, elle a eu la fièvre typhoïde avec la suette, deux angines graves, une fluxion de poitrine, une congestion cérébrale qui a été suivie de paralysie temporaire de la face; enfin, des névralgies et des douleurs sur divers points du corps. Il est probable que l'hémiplégie faciale était précisément de nature rhumatismale plutôt que le résultat d'un épanchement cérébral.

Réglée à 13 ans, elle a continué de voir tous les mois à jour fixe; et chaque fois, elle voit pendant sept à huit jours avec des coliques et des douleurs dans les cuisses.

Aussi belle que jolie, cette personne captiva, à l'âge de 16 ans, l'affection d'un riche rentier bien plus âgé qu'elle, et que sa mère lui a fait épouser contre son gré. Elle prétend même n'avoir jamais voulu avoir avec lui de rapprochements sexuels, ce qui a occasionné une séparation de corps à l'amiable, avec une forte pension du mari envers la femme. La vie d'artiste, ou plutôt de *dilettante*, n'a pas manqué de lui donner bientôt un adorateur de son goût, et à 18 ans, elle accouchait d'un garçon qui vit encore. La grossesse, ainsi que l'accouchement, furent heureux; mais une forte hémorrhagie survint après la délivrance, et la malade resta six semaines au lit avant de se remettre. Elle n'a pas nourri son enfant.

Après cinq ans de vacuité, est arrivée une deuxième gros-

sesse, qui s'est terminée à neuf mois par la naissance d'un garçon. Le premier travail avait duré six heures, celui-ci deux heures seulement; et cependant il n'y a pas eu d'hémorrhagie comme au premier, ce qui serait contraire aux idées reçues et favorable aux miennes. Les suites de couches ont été heureuses, et madame L... a nourri son enfant au sein pendant quatre mois, au bout desquels il a succombé à une hernie inguinale, d'après ce que dit cette dame.

Après deux ans de vacuité, est arrivée la troisième grossesse, qui est la présente. Les règles ont coulé, pour la dernière fois, du 13 au 15 octobre 1860, et dans les trois premiers mois il y a eu quelques douleurs à la cuisse, ainsi que dans l'aine gauche, au point d'empêcher la marche. A quatre mois, elle a été prise d'une jaunisse qui a duré quinze jours, sans devenir grave. Les premiers mouvements fœtaux ont été perçus entre le 1er et le 3 janvier 1861, c'est-à-dire à deux mois et demi de grossesse, ce qui ne me paraît pas extraordinaire chez une femme douée d'un système nerveux aussi susceptible.

Le milieu de la grossesse a été bon; c'est au commencement du mois de mai que cette dame vint me voir pour me prier de l'assister pendant ses couches. Elle était alors grosse de sept mois, et, malgré l'embonpoint des parois abdominales, j'ai pu diagnostiquer au palper la présence d'un enfant en première position du vertex (O. J. G. A.).

Au huitième mois, madame L... a été prise presque subitement, et sans cause appréciable, d'un engourdissement dans les deux derniers doigts de la main gauche, exactement comme quand on se cogne avec le coude contre un corps dur qui porte sur le nerf cubital. Cet engourdissement a duré un jour et demi, a disparu spontanément, et au bout de dix jours il a reparu pour ne durer qu'un jour seul. Dans les dernières semaines de la grossesse, il y a eu de l'œdème aux jambes et même aux mains, ainsi qu'à la face, mais sans menace d'éclampsie.

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 13 et le 15 juillet 1861, et à l'approche même de cette époque, il y a des menaces de travail, menaces qui continuent sans aboutir, jusqu'à la nuit du 17 au 18 de ce mois, où le travail se déclare.

Appelé à sept heures et demie du matin, le 18, je trouve que

les contractions sont déjà à cinq et six minutes d'intervalle ; le col a plus de trois centimètres de dilatation, et cependant il a encore ses bords épais. A huit heures trois quarts, la dilatation étant presque complète, je perce la poche ; mais quelle n'est pas ma surprise lorsque je vois sortir des eaux verdâtres, preuve que l'enfant est souffrant. J'ausculte de nouveau la région cardiaque, et je constate cependant des pulsations assez fortes et régulières. Le travail, du reste, a marché promptement, et à neuf heures l'enfant traversait la vulve.

C'est une forte fille (4,200 grammes), dont la peau et surtout le visage sont un peu cyanosés, mais qui respire bien. Avant de couper le cordon, du reste, j'ai bien laisser crier cet enfant, pratique préférable à celle qui prescrit de faire saigner le cordon avant de le nouer. Les contractions continuant, le délivre a été bientôt poussé dans le vagin ; il a suffi d'une légère traction pour l'extraire ; mais derrière le délivre se trouvaient beaucoup de caillots noirâtres qui démontraient un décollement antérieur au travail, et conséquemment une hémorrhagie interne. Le placenta lui-même est énorme et noir, et son tissu est friable comme le poumon hépatisé. Cet état du délivre rend compte de la souffrance du fœtus.

Je donne un gramme de seigle ergoté en deux prises ; je serre le ventre de la malade avec une ceinture, et le reste de la journée se passe bien. A ma visite du soir, je trouve l'utérus à deux doigts au-dessous du nombril ; mais comme il est un peu flasque, et qu'il n'y a pas de tranchées, je donne encore un demi-gramme de seigle ergoté. Bouillons, potage.

La nuit a été mauvaise à cause des tranchées qui sont survenues, et je ne m'en serais pas préoccupé si avec ces douleurs n'étaient pas arrivées des quintes de toux convulsive.

Le 19, je trouve le pouls calme, l'utérus rétracté ; mais les tranchées et la toux continuent. J'ordonne des quarts de lavement laudanisés. L'enfant a une nourrice sur lieu.

Dans la journée et la nuit, la malade paraît s'être trouvée mieux pour les tranchées ; la toux a été aussi moindre ; mais en sus est survenue une douleur dans l'épaule gauche.

Le 20, je trouve que le pouls est à 80, et les douleurs qui voyagent dans les muscles du thorax et de l'épaule démontrent clairement leur nature rhumatismale. La percussion et l'aus-

cultation du thorax, du reste, ne constatent rien dans les poumons et dans les plèvres. Les seins commencent à gonfler. Je fais prendre des tisanes abondantes nitrées pour pousser à la fois aux urines et à la peau. Potages, eau rougie.

Le 21, la malade est bien pour ce qui concerne la suite de couche ; il n'y a eu ni frisson, ni céphalalgie ; la face n'est pas décomposée, l'haleine n'est pas fétide ; mais le pouls est toujours à 80, et les douleurs se compliquent de quelques tranchées, preuve que l'utérus aurait de la tendance à devenir aussi le siége des névralgies rhumatismales. J'ordonne 30 grammes d'huile de ricin pour agir plus directement après sur le rhumatisme.

Il est superflu de suivre jour par jour le traitement que j'ai suivi; il suffit de savoir que le sulfate de quinine, joint aux opiacés et à d'autres sédatifs, avait petit à petit maîtrisé les douleurs et la fièvre, lorsque tout à coup, dans la nuit du 26 au 27, a éclaté une douleur vive dans l'abdomen. Cette douleur est continue avec des exacerbations, comme s'il s'agissait de tranchées intestinales ou utérines. On m'appelle la nuit même, et je trouve l'abdomen tendu, volumineux et très-sensible ; soit à simple vue, soit en le palpant, on le dirait bosselé, comme si des tumeurs s'étaient formées en divers points de sa cavité; le pouls est cette fois à 112.

Les signes de la résorption manquaient encore, et ceux de la péritonite ou du rhumatisme abdominal aigu devenaient apparents ; aussi je n'ai pas craint d'appliquer vingt sangsues dispersées sur tout le ventre, et d'ordonner des pilules de 2 centigrammes d'opium chacune, pour la nuit. Ceci a détendu le ventre, et la nuit il y a eu une forte transpiration.

Le 28, je fais administrer de nouveau le sulfate quinique, et couvre le ventre de cataplasmes laudanisés. Depuis ce moment, la maladie est allée en décroissant, et le 1er août, la fièvre ainsi que les douleurs avaient cessé; la malade est entrée en convalescence.

J'arrive maintenant à l'enfant. Dès que la naissance a eu lieu, la mère m'a fait, sous le sceau du secret, le récit de ses affaires avec le mari. Comme confident donc, elle me déclarait sa fille adultérine ; mais comme médecin, elle me confiait l'extrait de son contrat de mariage, et, avec cet extrait, je devais

CLINIQUE
OBSTÉTRICALE

TOME TROISIÈME

CLINIQUE
OBSTÉTRICALE

OU

RECUEIL D'OBSERVATIONS ET STATISTIQUE

DE

M. LE DOCTEUR **A. MATTÉI**

Professeur libre d'accouchement à Paris,
membre de la Société obstétricale de Londres, des Académies de médecine de Belgique, de Turin et de Montpellier, de la Société médicale de Strasbourg, ex-président de la Société de médecine pratique de Paris, et membre de plusieurs autres sociétés médicales de la même ville, etc.

Perpendendæ et numerandæ sunt observationes.

TOME TROISIÈME

Contenant

CENT OBSERVATIONS DÉTAILLÉES ET LA STATISTIQUE RAISONNÉE DES 300 OBSERVATIONS DÉCRITES DANS LES TROIS PREMIERS VOLUMES

Sixième Livraison.

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23.

1871

7.7.7.5
L 35 c. 28.

Paris --Imprimerie Jules Bonaventure, 55, quai des Grands-Augustins.

aller déclarer l'enfant à la mairie sous le nom de son mari absent. Je ne pouvais pas agir autrement sans violer le secret; et puisque la loi a voulu rendre le père responsable s'il ne se trouve pas dans telle ou telle condition, je ne pouvais pas prendre sur moi de déclarer que ces conditions existaient ou non. C'est par un procès que la femme et le mari devaient vider cette question, et si je ne me trompe, je crois que le mari a renié plus tard cet enfant ainsi que les autres.

OBSERVATION CCLI

Primipare. — Les cheveux peuvent-ils devenir noirs après avoir été blancs? — Vie d'atelier, effets des émanations. — Action du mariage sur la menstruation. — Toux et autres phénomènes réflexes calmés à l'aide des préparations iodées. — Emotion morale et congestion utérine. — Différence entre l'hystérie, l'épilepsie et l'éclampsie. — La grossesse faisant cesser les pertes blanches. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale de trente jours à partir de la dernière menstruation, non des autres. — Déviation utérine, conséquences. — Curieux phénomène réflexe héréditaire. — Contractions utérines calmées par les aliments. — Signification du col en entonnoir. — Causes qui simulent un rétrécissement du bassin. — Le palper comme moyen de constater la mobilité et les dimensions de la tête fœtale. — Sensibilité allant jusqu'au délire. — Chloroforme. — Léniceps. — Tours de cordon au cou de l'enfant. — Décollement prématuré du placenta. — Naissance d'une fille en état de mort apparente et ranimée. — Sécrétion tardive du lait. — Sympathie des seins avec les glandes salivaires. — Rétablissement de la mère sans fièvre.

Madame V. O..., native de Paris, résidant rue Saint-Jacques, est une ouvrière âgée de 18 ans, de taille moyenne, d'un tempérament bilioso-sanguin et d'une bonne santé en apparence. Elle a eu cependant la fièvre cérébrale à l'âge de 7 ans, et sa mère soutient qu'à la suite de cette fièvre ses cheveux devinrent gris et même blancs, puis ils sont redevenus noirs par la suite. Des faits de blanchissement prompt des cheveux ont été signalés, mais je ne sais pas s'il en a été de même pour l'inverse. Ici il faut se méfier de la finesse des racines après une maladie grave, ce qui, en les rendant plus transparents, a pu faire croire qu'ils étaient gris ou blancs. Je connais cependant quelqu'un qui a offert des cheveux gris à un âge un peu précoce; cette personne avait eu beaucoup de soucis et de chagrins; dès qu'elle a été contente et qu'elle a engraissé, les cheveux gris ont diminué considérablement, à peine si on est arrivé à pouvoir lui en trouver quelques-uns. Enfin on a pu trouver des cheveux dont le bout libre était gris, et le bout vers la racine était noir. La maladie à laquelle madame V. O... avait été sujette

lui avait laissé, en outre, des douleurs de tête quotidiennes qui ont disparu seulement il y a quatre ans, quand on a rasé les cheveux avec le rasoir. Jeune encore, du reste, cette femme a été fleuriste, et les couleurs portées à la bouche ainsi que les émanations d'un poêle allumé, l'avaient beaucoup fatiguée. On lui a appris, depuis, l'état de compositrice dans une imprimerie, et elle s'est trouvée mieux au bout de peu de temps.

Réglée à l'âge de 14 ans et demi, elle a continué de voir tous les mois en avançant chaque fois de deux à trois jours. Le sang a coulé d'abord deux jours, puis quatre, avec quelques coliques. Des flueurs blanches arrivent dans le cours du mois.

Mariée le 27 octobre 1860, elle n'aurait dû voir ses règles que le 9 novembre, tandis que les excitations sexuelles ont fait paraître le sang le lendemain des noces; il a coulé quatre jours et puis il n'a plus reparu, la femme était grosse.

Dès les premiers mois, madame V. O... devient pâle et fatiguée. Elle ne vomit pas, à peine a-t-elle des nausées, et à quatre mois passés elle est prise d'une toux violente avec douleurs allant du thorax aux hanches.

Elle vient me voir le 16 mars 1861, et, ayant percuté et ausculté la poitrine sans trouver de quoi expliquer la toux, tout au contraire trouvant de l'hyperesthésie aux points d'émergence des nerfs intercostaux et lombaires, trouvant que cette toux était sèche plutôt qu'humide, voyant enfin qu'elle offrait quelque chose de périodique, je l'ai rattachée à la grossesse. J'ai par conséquent ordonné une potion iodurée (2 grammes iodure de potassium et 10 gouttes teinture d'iode dans 100 grammes véhicule) ainsi que quelques pilules de cynoglosse (chaque 0,20 pâte de cynoglosse et 0,10 de sulfate de quinine). La malade prenait une cuillerée de la potion toutes les deux heures et une pilule le soir en se couchant. Ces moyens l'ont si vite calmée qu'elle n'a même pas eu besoin de finir la potion indiquée ci-dessus.

Tout allait à merveille, lorsque le 19 mai, jour de la Pentecôte, madame V. O.... est allée, avec son mari et plusieurs autres personnes, passer la journée à la barrière. Là, ils ont mangé, bu et dansé, enfin ils sont rentrés sans que madame V. O... se fût plainte. En se couchant elle s'est un peu querellée avec son mari, qui aurait été trop galant avec d'autres

femmes; mais enfin tout était fini, lorsqu'à une heure après minuit, madame V. O... est prise de violentes douleurs de ventre. Bientôt elle se tord, crie, fait des mouvements convulsifs et perd connaissance.

On m'appelle, et à peine si madame V. O.,. a l'air d'entendre lorsque je lui parle; elle a le visage animé, ses yeux sont injectés, grandement ouverts et fixes ou convulsés; le tronc et les membres sont parcourus par des mouvements convulsifs. Il n'y a pas de sang perdu. Le fond utérin dépasse de deux doigts le nombril; il n'y a pas de contractions, mais la matrice est assez sensible, surtout à la ligne médiane et contre la fosse iliaque gauche. La pression seule sur ces points réveille les convulsions. Evidemment j'ai affaire à une congestion utérine avec phénomènes réflexes, ou comme on l'appelle, hystérie de la grossesse, non à une attaque d'épilepsie ni d'éclampsie. J'aurais voulu mettre des sinapismes, et il n'y a pas de moutarde à la maison; j'aurais voulu faire une petite saignée, et le mari de la malade s'y oppose. Je me contente alors de laver le visage de cette femme avec de l'eau fraîche, de lui donner plusieurs cuillerées à café d'eau de fleurs d'oranger et de recommander le reste si elle ne va pas mieux.

La nuit s'étant assez bien passée, on s'en est tenu là, et l'orage s'est évanoui sans accidents. La grossesse est très-bien arrivée jusqu'à terme; la femme avait même repris des couleurs et de la force; mais ce qui la surprend le plus, c'est que depuis les premiers mois jusqu'au neuvième, ses pertes blanches de demoiselle avaient complétement disparu. Ce fait peut tenir sans doute à la formation du bouchon muqueux qui oblitère quelquefois le col utérin; mais il peut tenir aussi à une amélioration dans la crase du sang.

Si, comme j'en ai déjà fait la remarque, l'accouchement devait arriver à la neuvième époque cataméniale de trente jours après la dernière menstruation, le travail devait se présenter entre le 27 juillet et le 2 août 1861. Si, au contraire, l'avancement habituel des règles chez cette femme, ou le trouble des noces, devait compter, le travail n'arriverait pas au moment supposé. C'est cependant le 28 juillet que les mouches arrivent avec des pertes glaireuses; c'est le 29 que le vrai travail commence, à 10 heures du soir.

Appelé à une heure après minuit, je constate par le palper que l'enfant est en première position du vertex (O. J. G. A.). Les contractions sont déjà à 3 ou 6 minutes d'intervalle; je pratique le toucher pour examiner l'état du col, et je ne puis pas atteindre cette partie, même en relevant le fond utérin à l'extérieur. La malade rapporte toute sa douleur au bas ventre; mais, chose singulière que la mère de la malade a éprouvée aussi, c'est que chaque contraction utérine est précédée d'un besoin impérieux de manger.

Le travail marche. A 2 heures et demie, je pratique le toucher vaginal avec deux doigts pour aller plus loin, et je constate d'abord le segment inférieur utérin assez épais; j'arrive à une sorte de tubercule assez dur, qui est anormal, puis enfin j'atteins le museau de tanche, que je trouve dur aussi et à peine entr'ouvert. Il m'a fallu une petite violence pour le franchir avec le doigt, et cependant la malade n'a pas accusé de douleur. Depuis ce moment, les contractions se sont même éloignées à douze minutes d'intervalle. A 3 heures trois quarts, j'essaye de les rappeler en faisant marcher la femme, et elles reviennent en effet, mais sans plus de profit; car quatre et cinq heures sonnent sans que la tête fœtale soit engagée à travers le détroit supérieur.

Le col, cependant, commence à se modifier; il est plus ramolli, plus entr'ouvert, mais plus dilaté en haut qu'en bas, de manière à être pendant ou en forme d'entonnoir. Cette forme est de mauvais augure; elle prouve que des obstacles s'opposent à la progression de la tête, et que le col se dilaterait bien si cet engagement avait lieu.

La malade, du reste, est tellement impatiente de manger, qu'elle prend à cinq heures un bol de lait avec du pain, et après cette ingestion, les contractions se suspendent complétement. Cette suspension et une absence que j'ai faite ont facilité la malade à prendre une autre soupe à 9 heures. Je retourne auprès d'elle à dix heures et demie, et je trouve que les contractions ont repris. Cependant le col est toujours long et la tête encore élevée. La première pensée, ici, était celle de croire à un rétrécissement du bassin, ou à une disproportion de la tête. J'essaye d'atteindre le promontoire avec les doigts explorateurs, et je ne le puis pas, preuve évidente que si le

bassin est vicié, il ne l'est pas beaucoup. Je cherche à me rendre compte de l'état de la tête par le palper externe, et je vois, 1° que cette tête est fort en avant au-dessus du pubis; 2° que la mobilité indique un engagement nul; 3° que le plus grand diamètre de cette tête ou occipito-frontal est de 14 centimètres, y compris les parties molles de la mère, c'est-à-dire que ce volume n'expliquait nullement le fait; les pulsations du cœur, du reste (140), prouvent que le fœtus se portait bien.

A chaque contraction, j'aide, avec la pulpe du doigt, la dilatation du col utérin, et comme, à une heure après midi, elle a plus de 3 centimètres de diamètre, je perce la poche des eaux. La sortie du liquide a été bientôt modérée par l'abaissement de la tête, et les douleurs se sont faites aussitôt plus vives. Ici la malade, qui avait montré de la sensibilité et un peu d'indocilité, redouble ses cris, ses contorsions, et elle touchait au délire lorsque je lui ai fait respirer du chloroforme. Dès que l'anesthésie a été assez prononcée, j'en ai profité pour introduire le léniceps et aider la contraction. L'indocilité n'a pas cessé avec la volonté; et comme j'avais deux femmes qui contenaient mal la malade, j'ai eu beaucoup de peine à amener la tête à la vulve. Ici le passage était si étroit qu'on aurait cru l'incision nécessaire, ou la déchirure inévitable. Il n'en a été rien cependant. J'ai retiré le léniceps, et ai si bien ménagé l'extension artificielle, que la tête est sortie sans entamer la fourchette. Cette tête est restée enfouie dans le sillon vulvaire, preuve évidente qu'une cause énergique la retenait en haut. C'était un tour de cordon fortement serré au cou, et qui a dû être la cause principale de tout ce qui venait d'arriver. Le cordon une fois dégagé, j'ai accroché les aisselles, j'ai fait la rotation, l'occiput à gauche, et j'ai extrait l'enfant (deux heures trois quarts).

C'est une fille de volume ordinaire (3,100), qui est en état de mort apparente. Peau bleue, pas de respiration, mais le cœur bat. Je fais saigner le cordon, et après quelques fessées, cette enfant commence à respirer. Délivrance dix minutes après, moyennant de petites tractions sur le délivre, et derrière le placenta sortent des caillots noirs considérables. Evidemment ici, avait lieu un décollement prématuré du délivre, une hémorrhagie interne, et la mort de l'enfant s'en serait

suivie si j'avais suivi l'expectation. Placenta volumineux et sain. Le cordon ombilical a 40 centimètres de long.

Deux grammes de seigle ergoté en deux fois, ceinture sur le ventre, bouillons, potages, lait coupé à l'enfant.

Le 31 juillet, la mère est bien; pouls à 72; ventre souple; cependant, le fond utérin est encore au-dessus du nombril; je le frotte pour le faire contracter, et malgré cela il est élevé et mobile, preuve évidente qu'une cause l'empêche de plonger dans le petit bassin. Cette cause ne pouvait être ni un rétrécissement, ni la vessie qui s'était vidée, ce ne pouvait guère être que des caillots vaginaux. J'ai alors recommandé à la mère de la malade de lui faire des injections vaginales, et à la malade même de s'asseoir sur le vase pour uriner. Le 1er août, on m'a montré, en effet, un énorme caillot qui était sorti, et qui avait fait baisser l'utérus de deux doigts. Potages.

Le 2, pas l'ombre de fièvre; la malade voudrait présenter les seins, mais ils sont vides; aussi je fais continuer le lait coupé à l'enfant. Celui-ci a fortement jauni, ce qui n'est pas de mauvais augure quand les viscères importants n'ont pas été lésés. Je ne sais même pas si la simple cyanose, résultat de la mort apparente, ne peut pas causer cet ictère sans le secours de la bile et sans la lésion du foie.

Le 3 et le 4, la mère continue de bien aller, et comme les seins grossissent, elle commence à les présenter à l'enfant. Un phénomène singulier se présente chaque fois que cet enfant commence à tirer le lait; c'est que la mère a aussitôt un dessèchement de la bouche qui la force à boire. Le reste s'est bien passé; la mère s'est remise sans avoir eu de fièvre, et l'enfant est bien venue.

OBSERVATION CCLII.

Multipare. — Influence de la fatigue et surtout de la station verticale sur la femme grosse. — Œdème des jambes sans varices. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Influence de l'appréhension sur les contractions utérines. — Quand faut-il rompre la poche des eaux? — Influence de l'engagement de la tête fœtale sur la direction du col utérin. — Effet des pressions externes sur l'engagement fœtal. — Petites manœuvres fort utiles. — Naissance d'une fille bien portante et aussi développée qu'un garçon. — Quelles sont les causes qui peuvent décoller prématurément le placenta? — Brièveté relative du cordon sans circulaires. — Délivrance immédiate. — Quel est le vrai moment pour présenter l'enfant au sein? — Tranchées

sympathiques ou réflexes. — Gerçures des mamelons, leurs causes. — Rétablissement de la mère sans fièvre.

Madame C..., depuis son dernier accouchement (v. Observation CLXX), s'est toujours bien portée et sa fille, élevée à la campagne au sein d'une nourrice, est fort bien venue.

Au bout de neuf mois de vacuité est arrivée la troisième grossesse dont il va être question. Les dernières règles ont eu lieu du 7 au 15 novembre 1860, et, pendant les premiers mois, à peine s'il y a eu des nausées et quelques étourdissements qui se sont bientôt calmés spontanément. Tout allait bien, lorsque, vers le milieu de la grossesse, madame C... a eu une sœur gravement malade. Les courses journalières qu'elle a dû faire et surtout douze nuits, pendant lesquelles madame C... n'a pas pu se coucher, l'ont rendue excessivement fatiguée. Ses jambes se sont enflées sans qu'on y observe des varices, et son ventre tendu est tellement douloureux, que parfois elle a cru avoir les symptômes du travail. Ne pouvant plus aller, elle m'a consulté et je lui ai ordonné le repos absolu, ce qui a suffi pour la soulager du côté du ventre, mais les jambes n'ont pas désenflé. La grossesse a continué ainsi jusqu'au dernier mois. Le palper, pratiqué à diverses reprises, a toujours trouvé l'enfant en première position du vertex (O. J. G. A.), mais ce qu'il a surtout permis de constater est la tension utérine lorsque la femme se sentait si fatiguée, et la flaccidité de la matrice après le repos.

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 7 et le 15 août 1861. En effet, dès les premiers jours de ce mois, madame C... a beaucoup de malaises, et les mouches commencent dans la nuit du 5 au 6. Appelé à 8 heures du matin le 6, je trouve le col utérin effacé avec une dilatation de 4 centimètres de diamètre ; la tête fœtale repose sur le détroit supérieur, mais ne s'y engage pas encore, les contractions sont à la période de 6 minutes, la poche bombe pendant la contraction. Ayant à faire quelques visites pressantes, je me suis absenté jusqu'à neuf heures trois quarts, et pendant ce temps les douleurs se sont renforcées sans se rapprocher davantage. A dix heures la dilatation étant à peu près complète, j'ai voulu percer la poche. Pour cela j'ai introduit l'index, que j'ai laissé sur place, en attendant l'arrivée d'une contraction, et un quart

d'heure s'est passé sans qu'il en soit arrivé une seule, tandis qu'elles s'étaient toujours répétées à cinq ou six minutes d'intervalle. La cause de cette suspension ne pouvait être que l'impression morale ou la position couchée où venant de se placer la femme. Pour éclaircir le doute, j'ai retiré le doigt à dix heures un quart, tout en laissant la malade couchée, et aussitôt les contractions sont revenues pour se répéter toutes les six et même toutes les trois minutes.

A onze heures sept minutes, je perce la poche avec l'ongle, ce qui ne ralentit pas les contractions. A 11 heures et demie je pratique encore le toucher, et je trouve que le col n'est plus situé comme avant la rupture des membranes, il est fort en arrière et avec cela la tête reste toujours assez élevée. Je vais alors accrocher le col pour le retenir en avant, et malgré cela, l'engagement ne marche pas.

Pour le faciliter je presse alors sur la tête fœtale à travers l'hypogastre, avec la main gauche, pendant qu'avec la droite je fais chevaucher le col sur la tête, et cette manœuvre a été bientôt suivie de succès. La tête a franchi le col et est bientôt descendue dans l'excavation. J'ai alors abaissé le plancher et la tumeur céphalique est bientôt arrivée à la vulve. Je n'ai eu qu'à faire l'extension artificielle pour la faire sortir au dehors. Ici j'ai fait la rotation artificielle des épaules et j'ai tiré sur les aisselles, mais la sortie des épaules et du tronc a exigé une traction assez vive (midi et dix minutes).

L'enfant est une fille dont le développement paraît être plutôt celui d'un garçon (3.880 grammes). Le cordon est aussi très-gros. J'explore aussitôt le vagin, et trouvant le placenta déjà tombé en partie dans ce canal, j'en fais l'extraction immédiate. Placenta sain et volumineux. Le cordon a 40 centimètres de long, et cependant il pourrait y avoir eu brièveté relative, car la descente du délivre immédiatement après l'enfant n'est pas fréquente et n'arrive que lorsque le travail a été très-long, ou qu'une hémorrhagie ou la traction ont décollé prématurément le placenta.

Je donne deux grammes de seigle ergoté et serre le ventre avec une ceinture. Bouillon, potage.

Le reste de la journée et de la nuit a été bon, il y a eu seulement quelques tranchées. Le 7 la malade est bien; pouls

calme ; l'utérus est à un doigt sous le nombril. Même régime. L'enfant prend du lait coupé. Comme cette fois elle veut nourrir, le 8, malgré ma défense, madame C... présente le sein à l'enfant, et est enchantée de voir qu'il y reste longtemps; c'est-à-dire qu'il ne trouvait pas de lait. Un autre inconvénient qui est résulté de la succion est le réveil des tranchées et la perte d'une certaine quantité de sang. Au moment de ma visite, j'exprime méthodiquement les deux seins, et je ne trouve pas de lait.

Aussi je prédis à la malade que si elle persiste à présenter le sein avant qu'il soit distendu par le lait, elle ne tardera pas à avoir des gerçures. Potage, eau rougie, lavements.

Le 9, la malade est bien, utérus à deux doigts sous le nombril, pas de fièvre; mais comme elle a persisté à présenter les seins, elle commence déjà à se plaindre de ce que la succion est douloureuse. Potages, viande, et pour l'enfant du lait coupé.

Le 10, la mère est pour ainsi dire convalescente pour tout, excepté pour les mamelons, qui sont gerçés; aussi je suis obligé de faire suspendre l'allaitement et de faire mettre sur les gerçures du beurre de cacao. L'enfant, avec du lait coupé, est, du reste, assez bien. Le repos des seins, le 11, a suffi à les améliorer, et, en attendant, les glandes mammaires se sont gonflées. Le 12, on a commencé à présenter l'enfant une seule fois le matin et le soir pour dégorger les seins sans les fatiguer. Les jours suivants on a augmenté graduellement la succion, et l'enfant est bien venu, pendant que la mère s'est remise sans avoir eu un moment de fièvre.

OBSERVATION CCLIII.

Multipare. — La faiblesse constitutionnelle et la vie utérine. — Rétrécissement un peu marqué du bassin. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Ce que signifie souvent un travail long à s'établir. — Action des calmants sur la souffrance et sur les contractions utérines. — Influence de l'intégrité ou de la rupture des membranes sur le travail.—Leur présence difficile à diagnostiquer. — Aspect général et local pendant un travail long et pénible. — Faut-il demander à la femme de grands efforts volontaires? — Combien faut-il attendre avant d'appliquer le forceps ? — Application du léniceps malgré l'intégrité des membranes. — Rotation exagérée des épaules, ses causes. — Naissance d'un garçon faible mais vivant. — Diversité des résultats, suivant qu'il y a ou non des eaux amniotiques. — Brièveté absolue du cordon. — Placenta proportionnel au fœtus. — Dé-

collement prématuré du délivre, ses causes. — Rétablissement de la femme sans accidents graves.

Le 19 août 1861, à midi et demi, j'ai été appelé rue des Fontaines pour délivrer madame C., qui souffrait depuis quelques jours sans pouvoir accoucher.

C'est une dame âgée 34 ans, petite de taille, d'un tempérament lymphatique et même scrofuleuse. Elle a eu trois grossesses avant celle-ci, et chaque fois le travail de l'accouchement a été long et pénible; mais jamais autant que celui-ci.

Elle a eu son dernier enfant il y a quatre ans, et depuis lors elle s'était assez bien remise, lorsque les règles ont apparu pour une dernière fois du 15 au 18 novembre 1860, époque de laquelle date la présente grossesse, qui est la quatrième.

La 9e époque cataméniale correspondait entre le 15 et le 18 août 1861, et dès le 15 de ce mois, en effet, les mouches ont commencé pour se continuer faiblement les 16 et 17. Enfin, le 18, à trois heures après midi, le travail était fortement déclaré.

M. le docteur B..., qui était le médecin de la famille, et qui avait assisté madame C... aux autres accouchements, est appelé auprès d'elle. Ce confrère, après s'être assuré de la bonne présentation de l'enfant, s'est borné à attendre.

La nuit s'est passée dans les plus grandes douleurs, mais sans profit pour l'engagement de la tête fœtale; et attendu la longueur des accouchements précédents, on ne s'en est pas étonné. Pour calmer les souffrances excessives que manifestait la malade, M. B... lui a administré une potion où il a mis du laudanum et de l'esprit de Mendererus.

Ce calmant paraît avoir soulagé la malade et avoir rendu les contractions plus rares et plus fortes. En attendant, la dilatation du col et l'engagement fœtal se sont un peu plus prononcés, mais très-lentement.

Voyant, le 19 au matin, que les choses traînaient en longueur, sans grand profit, on a appelé aussi le docteur C..., lequel, ayant trouvé le cas assez grave, a décidé, d'un commun accord, qu'on me ferait demander.

Arrivé le 19, à midi et demi, auprès de la malade, voici en quel état je l'ai trouvée.

Visage altéré, exprimant par les traits et par la parole le désir d'être promptement délivrée. La bouche est sèche, les

dents sont couvertes de fuliginosités, comme s'il s'agissait d'une fièvre typhoïde avancée. La malade est couchée sur un lit de sangle, avec les jambes demi-fléchies, et les pieds appuyés sur un bâton, pendant que les mains serrent les tringles latérales du lit. Cette position et les instances qu'on a faites pour cela lui ont permis de faire de grands efforts, mais, à bout de forces, elle ne peut plus aider les contractions utérines qui existent encore de temps à autre.

Voici maintenant l'état local. Les grandes lèvres, et surtout les bords de l'anus béant, sont gonflés et d'un rouge brun. Entre les grandes lèvres et le bord anal est un corps saillant encore plus bleuâtre que le reste, et dont il est difficile de se rendre compte à première vue. Après avoir graissé mon doigt, je suis les replis du corps mitoyen, et je finis par reconnaître qu'il est formé par la paroi antérieure du vagin fortement projetée en avant, et pour ainsi dire étranglée entre l'arcade pubienne et la tête fœtale, qui est dans l'excavation.

L'entrée vaginale, qu'il était difficile de voir, est obstruée par ces parties, mais je puis la franchir pour arriver à la tête fœtale, que je trouve encore recouverte des membranes. La présence de la poche, il est vrai, est difficile à constater, tant les membranes sont collées contre la tête. J'essaye de trouver le col ou tout au moins la lèvre antérieure, et à peine si je parviens à le trouver en avant et en haut, preuve évidente que la dilatation est complète. Le cœur fœtal bat encore, mais faiblement.

La chose me paraissait assez claire pour proposer immédiatement une application de léniceps, et sans me préoccuper de la présence des membranes, j'ai introduit l'instrument.

L'application de la branche gauche a été facile, mais celle de la droite a été pénible par suite du peu d'espace qui restait entre la tête et la paroi antérolatérale du bassin. Cette difficulté, jointe au reste, démontrait un rétrécissement assez marqué du pelvis. Malgré cette difficulté, j'ai pu cependant articuler mon instrument. A la première douleur, j'ai fait une traction, et la tête fœtale a entr'ouvert le fond vulvaire. La femme se plaignant toujours, c'est par la main appliquée sur le ventre que j'ai constaté les contractions utérines suivantes pour tirer pendant leur action. La poche des eaux s'est rompue spontané-

ment sous mes yeux, et trois tractions ont suffi pour ramener la tête à l'orifice vulvaire.

Arrivé ici, j'ai retiré l'instrument pour ménager la sortie céphalique, et laisser aux tissus œdématiés le temps de se dégorger un peu. Avec la main gauche, j'ai retenu la tête tout en écartant les bords vulvaires avec les doigts, et avec la main droite, j'ai fait l'extension artificielle en pressant légèrement l'espace ano-coccygien. De cette manière, la tête est sortie sans occasionner aucune déchirure.

La rotation de l'occiput, ou plutôt des épaules, se fait spontanément vers la gauche de la malade; puis elle s'exagère jusqu'à tourner la face presque en avant. Je glisse les doigts sur le cou de l'enfant pour voir si par hasard il y avait quelques tours de cordon, et voyant qu'il n'en existait pas, je suis allé accrocher les aisselles pour tirer le tronc au dehors. Les épaules étant à ce moment transversales, je ne pouvais pas les tirer ainsi; j'ai donc porté l'aisselle droite en arrière, la gauche en avant, et le diamètre bisacromial étant parallèle au diamètre du détroit inférieur, j'ai pu tirer facilement le tronc au dehors (midi trois quarts).

L'enfant est un garçon de petite taille (2780 grammes) et bleuâtre; il ne respire pas, mais son cœur bat encore. Je coupe le cordon pour le faire saigner un peu, et après quelques excitations, la respiration finit par s'établir.

Le cordon est ici volumineux et si court, qu'à peine y en a-t-il assez hors de la vulve pour faire la ligature du bout placentaire, tout en laissant deux centimètres sur le bout fœtal. Dès que les confrères se sont chargés de l'enfant, je suis allé auprès de la mère, et j'ai trouvé que le délivre était dans le vagin; je n'ai eu qu'à tirer un peu pour l'entraîner au dehors.

Le placenta est sain, mais petit en proportion de l'enfant, quoique la grossesse soit à terme. L'état de faiblesse naturelle de la mère explique seul ce fait; car le père, chef d'un atelier de mécanique, est fort et robuste.

La mère et l'enfant étant ainsi hors de danger, je me suis retiré, laissant le reste au médecin traitant. J'ai seulement proposé l'administration de 2 grammes de seigle ergoté, et l'application de la ceinture, ce qui a été fait.

Les nouvelles ultérieures qui m'ont été données par le médecin traitant sont venues m'apprendre que le rétablissement de cette femme s'est fait sans accidents graves.

Réflexions. — Je ne puis pas terminer cette observation sans la faire suivre de quelques réflexions, et puisque je n'ai pas nommé les confrères, je puis discuter librement ce qu'ils ont fait et ce qu'ils auraient pu faire.

Evidemment il y avait chez cette femme un rétrécissement pelvien assez marqué, la longueur des accouchements antérieurs le faisait présumer. Il a été démontré ici par les difficultés de l'application du léniceps, quoique l'enfant fût de petites dimensions. Mais ce qui n'a pas encore été suffisamment remarqué, c'est la longueur que ces rétrécissements apportent dans la préparation du segment inférieur de l'utérus et dans la dilatation du col. Tout cela, parce que la tête ne s'engage que sous les plus grands efforts du travail. Une autre cause de retard a pu être ici la brièveté du cordon ; mais pouvait-on espérer que la nature seule surmontât ces obstacles comme aux accouchements précédents ? Il ne faut pas mettre ici en défaut les contractions utérines et volontaires, puisqu'elles duraient encore au moment de mon arrivée. Bien au contraire, les efforts volontaires qu'on demande aux malades dans ces moments difficiles les épuisent inutilement.

Si l'on écoute les idées reçues, le fort travail n'ayant pas duré vingt-quatre heures, il n'y avait ici rien d'extraordinaire, et ceci sauve la responsabilité des confrères. Cependant, nous venons de le voir, la femme était épuisée au physique comme au moral. Si le temps écoulé n'a pas été assez grand pour laisser derrière lui des mortifications et des inflammations, il a été suffisant pour déformer les parties, les contusionner, les distendre. Heureusement que l'intégrité de la poche a laissé bien des eaux autour de l'enfant; mais la longueur des contractions avait déjà décollé, sinon en entier, au moins en grande partie, le délivre, et ce décollement, joint à la compression fœtale, ne pouvait pas se prolonger sans danger pour la vie de cet enfant.

Aurait-on pu rendre ce travail plus prompt et plus facile? Je crois qu'on aurait pu, et par conséquent qu'on aurait dû le faire, surtout en déchirant la poche des eaux, et si cela ne suffisait pas, en appliquant bien des heures plus tôt le forceps.

Je ne dis pas ceci pour faire des reproches à ces confrères, dont j'ai même accouché les femmes, et un des deux, ayant cessé de vivre, ne pourra pas lire cette observation, mais je le dis pour engager ceux qui pourront la lire à éviter de pareils inconvénients.

OBSERVATION CCLIV

Primipare. — Constitution maladive. — Les premiers signes de grossesse avant la disparition des règles — Amélioration qu'apporte la grossesse chez les femmes débiles. — Premiers mouvements fœtaux à la quatrième époque cataméniale, raison du fait. — Menace d'avortement à la suite d'un chagrin ; mécanisme de ces sortes d'avortement. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale de trente jours, même chez les femmes irrégulièrement menstruées. — Rotation fœtale anticipée. — Hyperesthésie. — Diagnostic par exclusion des nombreuses causes qui peuvent arrêter le travail déjà avancé de l'accouchement. — Le détroit inférieur du bassin est plus souvent rétréci qu'on ne le pense; signes de ce rétrécissement. — Léniceps. — Ecartement des ischions. — Cause fréquente de la déchirure de la fourchette chez les primipares. — Naissance d'un garçon bien portant. — Il se forme des gaz intestinaux pendant la vie intra-utérine. — Grande loi d'organogénie non encore bien formulée. — Faut-il s'arrêter aux apparences pour choisir une nourrice? — Rétablissement de la mère sans fièvre.

Madame B..., native de Paris, demeurant rue de Hanovre, est une femme de comptoir âgée de 22 ans, de taille moyenne, d'un tempérament lymphatique et de constitution délicate. Dès son enfance, elle a été sujette à la scrofule, aux abcès froids, aux blépharites et aux bronchites chroniques ; enfin, elle a été prise à 18 ans d'un hydrothorax qui a duré plusieurs mois.

Quoique réglée à 14 ans, elle n'a pas cessé pour cela d'être sujette aux pâles couleurs et aux palpitations cardiaques jusqu'à 18 ans. Cet état de faiblesse a rendu la menstruation irrégulière, et, au moment de l'hydrothorax, la menstruation est restée pendant sept mois sans paraître, mais dès qu'elle a reparu, le sang a coulé trois fois dans un mois. Cette femme a toujours été sujette aux flueurs blanches.

Mariée le 29 septembre 1860, elle a vu ses règles pour la dernière fois du 8 au 12 novembre suivant. Depuis cette époque précisément, elle a ressenti un poids douloureux au bas-ventre, accompagné de chaleur; elle a eu la tête pesante, avec une disposition invincible au sommeil. Loin d'avoir les nausées et les gastralgies auxquelles elle était sujette depuis longtemps, elle s'est trouvée mieux, et son teint pâle a été remplacé par un teint rosé.

On attribuait ces bons effets au mariage ; mais ne voyant pas

arriver les règles en décembre, on a dû admettre aussi un état de grossesse. Loin d'aller en s'affaiblissant, madame B... s'est fortifiée par la suite. La grossesse, en effet, agit presque toujours d'une manière heureuse sur les femmes chloro-anémiques. C'est le 15 mars 1861 que se sont fait sentir les premiers mouvements fœtaux. Madame B... était alors à table. Ces mouvements se sont suspendus ensuite pendant quelques jours pour ne plus cesser. Il faut remarquer ici que cette époque correspondait à la quatrième congestion cataméniale, c'est-à-dire au moment où l'utérus est le plus sensible et où le fœtus excité exécute plus de mouvements.

Madame B... était grosse de sept mois lorsque, ayant appris la mort d'un de ses neveux, elle fut prise de menaces de travail (contractions douloureuses de l'utérus, légère hémorrhagie, etc.). Appelé, j'ordonne le repos absolu, des lavements laudanisés et des sinapismes aux bras; mais la malade s'est contentée de rester au lit, et les autres moyens n'ont pas été nécessaires pour arrêter le travail. On n'a pas, en effet, suffisamment distingué l'expulsion prématurée d'un produit de grossesse tout à fait sain, d'un produit de grossesse malade ou mort. Pendant que l'expulsion du premier est rare, surtout à la suite de causes peu énergiques, l'expulsion du second arrive à propos de causes insignifiantes et quoi qu'on fasse pour l'arrêter.

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 8 et le 12 du mois d'août; mais c'est seulement dans la nuit du 14 au 15 de ce mois que le travail a commencé. Deux jours de retard sont chose insignifiante, et ne mettent pas ce cas en dehors de la règle que j'ai tant de fois constatée, c'est-à-dire que, dans les cas mêmes où la menstruation est irrégulière, qu'elle avance ou qu'elle retarde, c'est à la neuvième époque cataméniale de trente jours après la fécondation que le travail arrive le plus souvent.

Appelé le 15 août à sept heures du matin, je trouve que les contractions utérines sont déjà à la période de quatre minutes; je fais faire les préparatifs de l'accouchement, et avec le mouvement que se donne la malade les contractions se ralentissent un peu. Le toucher vaginal trouve la tête fœtale dans l'excavation, et le col utérin effacé avec une dilatation qui permet à peine l'introduction du doigt. Le palper, qui, les jours précédents, avait constaté la présence d'un enfant en occipito-iliaque

droite postérieure, trouve maintenant cet enfant en occipito-antérieure, c'est-à-dire que la rotation s'est déjà opérée avec l'engagement, quoique le travail ne soit pas très-avancé. Le palper constate aussi que la peau du côté gauche du bas-ventre est hyperesthésiée au point de ne pouvoir pas la toucher sans faire crier la malade.

La femme une fois couchée sur le lit de misère, j'ai essayé d'aller accrocher le col, qui était en arrière, pour le maintenir en avant; mais la malade s'y prête difficilement, attendu l'excessive sensibilité des organes génitaux et du col lui-même. A huit heures trois quarts, la dilatation de ce col ayant trois centimètres de diamètre, je perce la poche des eaux; je n'aurais pas opéré cette rupture avec si peu de dilatation si la tête n'était pas déjà dans l'excavation. La quantité des eaux sorties de prime abord n'est pas grande, mais il sort du liquide à chacune des contractions suivantes, preuve que la tête fœtale n'appuie pas suffisamment sur le segment inférieur de l'utérus.

Les contractions continuent; la dilatation s'avance, quoique lentement, et cependant dix heures trois quarts sonnent sans que la tête ait fait des progrès. Je fais alors lever la malade pour la faire marcher et tâcher d'imprimer à l'enfant un mouvement favorable; mais elle ne le peut guère, et se recouche après quelques pas. A quoi tient l'arrêt de ce travail? voilà le problème que j'ai dû me poser.

Il ne tient pas au défaut de contractions utérines, puisqu'elles continuent à être assez fortes; il ne tient pas à la plénitude de la vessie ou du rectum, puisque ces organes sont vides; il ne tient pas à la rigidité tant citée du plancher, puisqu'en passant les doigts entre la tête fœtale et ce plancher j'en abaisse les tissus pendant la contraction sans que la tête suive. Ces obstacles pouvaient-ils venir d'une brièveté du cordon? La chose n'était pas probable, puisque la tumeur céphalique, loin de faire le mouvement de va-et-vient pendant la contraction et après, restait toujours immobile. Le volume de la tête fœtale ne paraissait pas être disproportionné, car il avait déjà plongé dans l'excavation dès le début du travail et peut-être avant. Toutes ces raisons démontrent que le détroit inférieur est seul ici l'obstacle à l'avancement de la tête. Cet obstacle est, en effet, plus fréquent qu'on ne le pense, et peut coïncider même

avec un excès de dilatation du détroit supérieur et de l'excavation (Lenoir).

Je laisse marcher encore le travail; dès onze heures, les contractions ne viennent plus qu'à huit ou dix minutes, et la tête fœtale se couvre d'une bosse sanguine. Pour diminuer les obstacles, je facilite la dilatation par une pression circulaire sur le col, ce qui fait que cette dilatation est bientôt complète, mais sans plus de profit pour l'engagement; aussi je propose, à onze heures trois quarts, l'application du léniceps. La malade, déjà impatiente, accepte avec empressement, mais le mari s'y oppose, espérant que l'accouchement se terminerait spontanément. A midi et demi, voyant que tout en était encore au même point, il a enfin consenti. L'instrument a été appliqué sans déranger la malade de son lit, et sans même la découvrir. A la première contraction utérine, j'ai fait une traction, et la tête est arrivée au fond de la vulve; c'est-à-dire que ma force avait suffi à écarter légèrement les ischions et à agrandir suffsamment le détroit inférieur pour permettre à la tête de passer. A la seconde contraction utérine, aidée des efforts volontaires, ma traction, quoique légère, a fait placer la tête entre le détroit inférieur et la vulve largement ouverte. A ce moment, j'ai désarticulé l'instrument pour retirer successivement ses deux branches et ménager la sortie de la tête; mais à l'instant même une douleur arrive, et la femme poussant avec beaucoup de force, la tête a franchi la vulve au moment où je m'y attendais le moins. Cette sortie n'ayant pas pu être modérée par mes manœuvres, a déchiré le repli muqueux de la fourchette, ce qui serait le cas ordinaire, d'après ce qu'on lit dans les livres, mais qui est une rare exception dans ma pratique. La tête une fois sortie a fait sa rotation, l'occiput à droite de la femme; et, comme je l'avais prévu, je n'ai pas trouvé de circulaires au cou de l'enfant. Pour protéger la fourchette d'une nouvelle déchirure pendant la sortie des épaules, j'ai retenu ces épaules afin que l'antérieure se dégageât avant la postéieure, et dès que ce dégagement s'est fait, le fœtus a été lancé d'un bond hors de la vulve (midi vingt minutes).

C'est un garçon vivace, de moyenne taille (3,160 grammes). Dix minutes après, j'ai extrait le délivre moyennant de légères tractions; placenta sain, mais petit. Je serre le ventre de la

malade comme d'habitude; j'administre 2 grammes d'ergot de seigle, et laisse, à une heure et demie, en bon état la mère et l'enfant.

Le soir du 15, je revois la malade et je la trouve parfaitement; l'utérus retracté est d'un doigt sous le nombril, quoique le seigle n'ait pas occasionné de tranchées. L'enfant, qui n'a encore pris de nourriture, est en bon état; et ici j'ai profité de la circonstance pour examiner à la percussion le ventre de cet enfant. J'ai trouvé ainsi que la sonorité était plus grande au ventre qu'à la poitrine, quoique l'enfant eût bien respiré, preuve évidente que l'intestin sécrète des gaz même pendant la vie intra-utérine. Ce fait, du reste, vient confirmer la loi que j'ai établie et que je contrôle tous les jours sans trouver d'exceptions, c'est que les organes et les fonctions sont deux choses qui naissent ensemble. Lorsque la fonction n'est pas définitive, elle est préparatoire ou auxiliaire de la fonction qui sera plus tard permanente.

La nuit et la journée du 16 se passent très-bien; pas de fièvre; l'utérus est déjà à trois doigts au-dessous du nombril.

Potages pour la mère, lait coupé à l'enfant, en attendant l'arrivée de la nourrice de la campagne, à laquelle on confie l'enfant. Le 17, même état pour la mère, seulement les seins commencent à grossir, quoiqu'il n'y ait pas l'ombre de fièvre. Le 18, ils sont encore plus gros et douloureux; aussi j'ordonne de la pommade belladonée (4 grammes pour 30 grammes axonge). En ce jour est précisément arrivée la nourrice. C'est une femme petite, un peu bossue et d'une constitution lymphatique, quoique ayant des seins assez développés. Je ne l'aurais jamais choisie pour nourrir. Cependant les certificats et les gens de son pays constatent que cette femme a eu déjà quatre beaux enfants qu'elle-même a nourris. Le dernier n'a que six mois.

Le 19, pas de fièvre; les seins commencent à dégonfler; mais ce qui me surprend est de voir la malade s'asseoir sur son séant sans se plaindre de la vulve; 20 grammes d'huile de ricin. Le 20 août, je veux me rendre compte de l'état de la fourchette, et pour cela, je donne d'abord une injection d'eau de graine de lin, puis j'examine et je trouve le périnée intact, son rafé est saillant jusqu'à la fourchette. Je reconnais encore la

fosse naviculaire ; seulement un sillon rouge part de la ligne médiane du repli muqueux pour aller vers le côté gauche; c'est évidemment le lieu d'une légère déchirure latérale qui s'est réunie par première intention. Cette ligne offre de la sensibilité au toucher, et surtout au moment de la mixtion des urines. Soupes, viande, eau rougie.

Le 21 et les jours suivants, l'état local comme l'état général vont de mieux en mieux, et la malade se remet sans avoir eu un moment de fièvre.

Le 27 mai 1862, les parents ont fait venir l'enfant à Paris, et ils me l'ont montré; il vient parfaitement, ce qui prouve en faveur de la nourrice.

OBSERVATION CCLV.

Prolificité chez les femmes de la campagne. — Sixième grossesse à la ville plus maladive que les autres ; raison de ce fait. — La présentation et la position du fœtus reconnues par le siége des mouvements actifs. — Accouchement à la huitième époque cataméniale après la fécondation. — Travail prompt. — L'enduit sébacé de la tête simulant l'intégrité des membranes. — La rotation externe de l'occiput se fait ordinairement du côté où était le tronc, et permet d'indiquer une position qu'on n'aurait pas reconnue d'avance. — Naissance d'une fille bien portante. — Préjugés de la naissance à huit mois. — Présence des gaz dans l'intestin pendant la vie intra-utérine. — Succion avant la naissance. — L'administration préventive du seigle ergoté augmente-t-elle ou diminue-t-elle les tranchées? — Rétablissement de la mère sans fièvre.

Madame P..., native de la Nièvre, et habitant Paris depuis bientôt deux ans, est une commerçante âgée de 30 ans, de taille moyenne et d'un tempérament lymphatico-nerveux. D'une constitution saine, elle n'a eu qu'une fluxion de poitrine à 18 ans.

Réglée à 13 ans, elle a vu irrégulièrement d'abord, puis tous les mois, pendant quatre à cinq jours, avec des douleurs de reins, et en avançant chaque fois de cinq jours. Mariée à 23 ans, elle devint grosse au bout de quelques jours, et elle fut alors si souffrante que son estomac rejetait tout, si ce n'est le pain trempé dans du vin. L'accouchement arriva à huit mois, et après vingt-quatre heures de travail, madame P... ne donna le jour qu'à un enfant mort.

Après sept mois de vacuité a commencé la deuxième grossesse, moins maladive que la précédente, et madame P... a accouché à terme d'une fille qui a été placée en nourrice.

Au bout de deux mois et demi de vacuité commence la troisième grossesse, encore plus heureuse que la précédente, et l'accouchement se termine à neuf mois par la naissance d'un garçon, après trois heures de travail. L'intervalle entre cette grossesse et la quatrième est de six mois, et cette fois encore naît à neuf mois un garçon, après deux heures de travail. Les suites de couches ont été toujours bonnes, et tous les enfants ont été élevés au sein par des nourrices. Le mari de madame P... habitait jusqu'alors un village, tandis que, depuis ce moment, ils ont acheté un fonds de commerce à Paris, et se sont établis dans la capitale (R. M. le Prince).

La grossesse dont il va être question, qui est la sixième, a tardé plus d'un an. Les règles ont paru pour la dernière fois du 10 au 15 décembre 1860, et, chose digne de remarque, cette grossesse a rappelé la première par les malaises (vomissements, fatigue, pâleur, etc.) Cette analogie a ses raisons d'être. En effet, si une disposition anatomo-physiologique pouvait expliquer les malaises de la première grossesse et l'accouchement à huit mois, cette disposition aurait dû se montrer aux grossesses suivantes, ce qui n'a pas eu lieu. L'habitation seule de la ville a rappelé ces dispositions, c'est-à-dire que madame P... menant à Paris une vie sédentaire et vivant dans l'air confiné d'un magasin, l'utérus s'est congestionné, et les systèmes nerveux et sanguin ont été aussi vivement impressionnés qu'au moment de la première grossesse, qui est, ordinairement, plus mauvaise que les autres.

Croyant, comme le vulgaire, surtout dans les campagnes, qu'on ne peut rien contre les malaises de la grossesse, madame P... les a soufferts sans me consulter. Elle a senti les mouvements de son enfant dans les premiers jours d'avril 1861, et au début, comme par la suite, ces mouvements se sont toujours fait sentir à gauche et en haut.

Le siége de ces mouvements n'est pas chose indifférente, et si toutes les parties fœtales peuvent en produire, les mouvements les plus sensibles correspondent au point occupé par les pieds. Or, lorsque ces mouvements se font sentir le plus en haut et à gauche, cela veut dire que la tête est en bas, que le tronc est à droite et le siége est en haut. En d'autres termes, l'enfant est en seconde position du sommet, comme on va le voir ici.

Madame P... a supporté sa grossesse, tant bien que mal, jusqu'aux premiers jours d'août; mais à ce moment elle a été prise de malaises et de coliques qui lui ont fait craindre un accouchement. Appelé, je constate, en effet, par le palper une seconde position du vertex; mais les renseignements comme le développement de l'utérus et de l'enfant, ne donnent qu'une grossesse de sept mois et demi passés. Le segment inférieur de l'utérus et le col, du reste, ne montrent aucune préparation; aussi je prescris le repos au lit, et, s'il le faut, on emploiera le laudanum et les synapismes; mais la chose n'a pas été nécessaire. La menace s'est évanouie.

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 10 et le 15 septembre 1861; mais c'est le 15 août, au contraire, que le travail a commencé par la rupture de la poche des eaux, c'est-à-dire avec la huitième congestion cataméniale de l'utérus.

Ne ressentant pas encore de douleurs, la malade ne croit pas au travail, et passe ainsi le reste de la journée du 15, ainsi que la nuit et une partie du 16. Les mouches n'ont commencé qu'à quatre heures après midi pour continuer jusqu'à dix heures, moment auquel on m'a appelé. Il était temps, car à mon arrivée (dix heures un quart), la tête du fœtus entr'ouvrait la vulve. Chose qui n'est pas ordinaire, cette tête, à la vue comme au toucher, semble être encore coiffée des membranes; mais en écartant bien les cheveux et l'enduit considérable qui les graisse, on voit que la tête est à nu. La première contraction utérine, aidée d'un effort volontaire, a chassé la tête hors de la vulve. Après cela, l'occiput s'est tourné à droite de la femme, c'est-à-dire du côté où était le tronc, et où les épaules ont entraîné la tête. A la contraction suivante, l'enfant a franchi la vulve (dix heures vingt-cinq minutes).

C'est une fille grêle comme à huit mois (longue, 49 centimètres, et pesant 2,810 grammes), mais si bien portante qu'elle ne crie pas, et quelques instants après, elle suce son pouce. Le premier enfant, né à huit mois, étant mort, on aurait pu croire que la dernière fille ne vivrait pas non plus. Cette erreur, qui date d'Hippocrate, et qui est encore enracinée dans le vulgaire, doit porter sans doute l'accoucheur à la combattre; mais si les craintes de la mère ou de la famille sont exagérées et qu'elles puissent nuire, il est facile de dire que l'enfant peut

avoir quelques jours de plus ou de moins que huit mois juste. Cela suffit pour sauver la science qui, du reste, n'est pas ici mathématique, et éviter les inconvénients du préjugé.

J'avais constaté, dans l'observation précédente, la présence des gaz dans l'intestin, quelques heures après la naissance. Cette fois, je percute l'abdomen avant même d'habiller l'enfant, et je le trouve assez sonore pour affirmer qu'il renferme des gaz dans le cours même de la vie intra-utérine. Cette fille, après tant d'autres, ayant commencé à sucer son pouce dès les premiers moments de sa naissance, quoique née à huit mois, prouve que la succion s'opère bien avant la prise du mamelon.

La délivrance a eu lieu à dix heures trois quarts, moyennant de petites tractions ; placenta sain. Je serre le ventre de la malade avec une ceinture, et il est curieux de voir cette femme s'asseoir sur son lit, rire et plaisanter, tant elle a peu souffert. Je ne me suis pas fié à ce bien-être pour compter sur la rétraction utérine, et j'ai ordonné 2 grammes de seigle ergoté en deux fois. Je permets des bouillons, mais la malade veut absolument du vin pur.

Le reste de la nuit s'est bien passé, et ce qu'il y a de surprenant est que, loin d'avoir des contractions douloureuses, la malade perd bien moins de sang qu'aux couches précédentes, et n'a presque pas eu de tranchées, tandis qu'elle en a eu de très-vives aux derniers accouchements. Tout ce qu'a produit ici le seigle, ce sont quelques nausées peu après son ingestion.

Le 17, la malade est parfaitement ; pas de fièvre ; l'utérus, rétracté, est de trois doigts au-dessous du nombril. Potages pour la mère, lait coupé à l'enfant. Le 18, la femme est encore bien ; pas de fièvre, quoique les seins commencent à gonfler. (Frictions huileuses, ouate, tisane nitrée). Le 19, l'utérus est à quatre doigts sous le nombril ; pas de fièvre ; les seins n'ont pas augmenté. Mêmes prescriptions. L'enfant est emporté à la campagne par une nourrice qui l'élèvera au sein.

Les 20 et 21, même état ; mais comme les seins continuent à être gonflés, la malade prend 15 grammes d'huile de ricin. Le 22, cette femme se sent si bien, que malgré ma défense elle a voulu se lever. Les jours suivants, elle a été encore mieux, et, d'après son aveu, elle ne s'est jamais trouvée si forte après

ses accouchements. Des renseignements ultérieurs m'ont appris que l'enfant est bien venue, quoique née à huit mois.

OBSERVATION CCLVI

Pluripare. — Dispositions herpétiques. — Grossesse à un âge peu avancé. — La congestion cataméniale pendant la grossesse, et les causes qui peuvent la rendre grave. — Conditions défavorables pour pratiquer le palper abdominal. — Menaces de travail à sept mois. — Insuccès des moyens ordinaires pour suspendre les contractions utérines. — Distinctions entre les diverses causes d'avortement et d'accouchement prématuré. — On garde ordinairement les œufs sains quand on sait s'y prendre. — Règles d'abstention dans les manœuvres. — Action efficace du sulfate de quinine pour suspendre le faux travail occasionné par le rhumatisme utérin. — Loi générale de la périodicité pour tout ce qui tient au grand sympathique. — Prudence qu'il faut dans la déclaration de l'enfant mort. — Désaccord entre le volume utérin et l'époque de la disparition des règles. — Arrivée de la grossesse jusqu'à terme. — Prompt accouchement d'un garçon vivant. — Rétablissement de la mère qui veut nourrir, mais elle ne le peut pas.

Madame L..., native de la Sarthe et habitant Paris depuis vingt et un ans, rue Saint-Germain-l'Auxerrois, est une ménagère âgée de 43 ans, de taille un peu au-dessous de la moyenne et d'un tempérament nervoso-sanguin. Elle n'a jamais eu de maladie grave, seulement elle a eu une *acnée rosacea* au visage; enfin, elle est sujette aux démangeaisons qui lui viennent sur diverses parties du corps, et surtout à la vulve. Cette disposition herpétique date de la puberté, elle se montre en hiver, et disparaît presque complétement en été.

Réglée à 13 ans, elle a continué de voir tous les mois, pendant trois jours. Mariée à 21 ans avec un premier mari, elle a eu, au bout d'un an, un enfant à terme; devenue veuve, elle s'est remariée, et quatre ans s'étaient écoulés sans grossesse, lorsque les règles ont comparu pour une dernière fois, dans les premiers jours de mars 1861.

Depuis ce temps, madame L... a été plus ou moins souffrante; le ventre, qui était resté plat jusqu'à quatre mois de la grossesse, augmenta tout à coup, et la malade crut même sentir la présence d'une tumeur sur ce côté de l'abdomen; en attendant, le fœtus avait déjà fait sentir ses mouvements, lorsque, le 29 août, cette femme alla laver du linge à la rivière. L'époque était surtout critique à cause de la congestion cataméniale, et cette imprudence devait en augmenter la gravité. En effet, dès le soir du 29, la malade est prise de douleurs de reins et de bas-ventre. Le 30, elle vient me consulter, et je trouve que

son utérus dépasse le nombril de deux doigts; il est si tendu qu'il m'est impossible de constater la présentation et la position de l'enfant. Il y avait évidemment ici une congestion utérine artificielle qui avait grossi la congestion cataméniale, et pour la combattre je prescrivis des sinapismes sur les bras, ainsi que le repos au lit.

Ces moyens ont suspendu, en effet, les douleurs du bas-ventre; mais le 31, ces douleurs ont repris. Je fais répéter les sinapismes en y ajoutant des lavements laudanisés, mais sans profit. Le 1er septembre, à midi, les douleurs sont si vives et si fréquentes, qu'on croit au travail et l'on me fait appeler.

A mon arrivée, je trouve l'utérus toujours tendu et douloureux à la pression; les contractions sont fréquentes, mais le col est encore fermé à son orifice interne, quoique assez ramolli à son orifice externe. La tête fœtale est déjà dans l'excavation, et le pouls de la malade est à 90. L'état général le permettant, je fais une saignée de 300 grammes, tout en faisant répéter les sinapismes, avec l'attention de ne pas les placer sur les lieux où on les avait déjà mis; mais ces moyens n'ont pas empêché les contractions de continuer toute la soirée. A dix heures un quart, les contractions sont à la distance de deux ou trois minutes seulement, et cependant le col ne se ressent pas beaucoup de ce travail. Le fœtus offre encore des pulsations cardiaques.

Il était évident que l'œuf paraissant sain, la menace du travail provenait uniquement de l'utérus. S'agissait-il d'une simple congestion? La chose n'était pas probable après la déplétion et la révulsion que j'avais produites. Tenait-il à un rhumatisme fixé sur l'utérus et comme ajouté à la congestion? C'est ce qui me semblait être en réalité; aussi j'administre à la malade, par cuillerées, une potion de 100 grammes, avec un demi-gramme de sulfate de quinine, 20 gouttes de laudanum et 15 grammes eau de laurier-cerise. Dès les premières cuillerées, les douleurs ont commencé à diminuer. Me trouvant présent pendant l'administration de la potion, j'ai confirmé la règle que j'ai établie pour les lois qui régissent les contractions: c'est-à-dire qu'elles sont toujours des multiples d'une même période. Ainsi les contractions sont revenues de 2 à 4 minutes, puis à 6, à 8, et, chose curieuse, il y avait des

séries de 2 minutes séparées par une de 4 ou de 6, et, à cinq heures du matin, les douleurs ont presque entièrement cessé. Cette périodicité dans les phénomènes physiologiques et pathologiques s'observe surtout pour tout ce qui tient au grand sympathique, et, dans ces cas, le sulfate de quinine est ordinairement d'un effet heureux.

A six heures du matin, le 2 septembre, les contractions reprennent, et cette fois j'essaye une forte dérivation à la peau, à l'aide d'un bain général chaud; mais avant d'y plonger la malade, je l'examine de nouveau avec soin : ainsi l'utérus est toujours tendu et douloureux à la pression. Le col n'est pas plus effacé ni dilaté, mais le segment inférieur de l'utérus est plus aminci, et la tête fœtale plonge encore plus dans l'excavation. Pour ne pas exciter les contractions du reste, je n'insiste pas sur les explorations vaginales. J'ausculte, et je n'entends que le bruit de souffle. Les bruits du cœur fœtal que j'avais constatés en bas et à gauche du ventre, ne s'y font plus entendre, et je les cherche en vain ailleurs. Seraient-ils masqués par les bruits de souffle renforcés, ou l'enfant serait-il mort? Je n'ai pas osé prononcer, et, à six heures et demie, je fais entrer la malade dans le bain.

Depuis ce moment, les contractions qui étaient déjà à trois ou quatre minutes, se sont faites moins douloureuses, et l'enfant paraît avoir fait quelques mouvements. En attendant l'effet du bain, j'examine le sang tiré par la saignée la veille, et je lui trouve une couenne, mais qui n'est ni fort épaisse, ni recoquillée. Cette couenne englobe parfaitement les globules, sans en laisser presque tomber au fond; c'est-à-dire que le sang est assez riche en fibrine, comme cela a lieu souvent dans le rhumatisme.

La détente produite par le bain apporte quelque soulagement; on continue la portion quinique. Dans la nuit, la femme a dormi un peu, et croit avoir senti parfois les mouvements de son enfant.

Le 3, la malade est assez bien pour se tenir levée, et comme il y a auprès d'elle plusieurs de ses parents, je renvoie l'examen à un autre moment. Dans la journée, le mieux se prononce, et le 4, je constate ce mieux en trouvant l'utérus moins tendu et moins douloureux à la pression. J'ausculte, et cette

fois j'entends moi-même les pulsations du cœur fœtal, mais profondes et peu distinctes, quoiqu'elles aient encore pour siége le côté gauche de l'abdomen. Le palper est cette fois possible, au point de constater des tumeurs fœtales, mais pas assez pour pouvoir suivre ces tumeurs et reconnaître la présentation et la position de l'enfant.

Le 5, la malade est assez bien pour vaquer à ses affaires; l'orage est tout à fait passé.

Le mieux, chez cette femme, a continué, et comme elle se propose de partir pour Orléans, on m'appelle, le 13, pour voir si le voyage n'expose pas à des dangers. J'examine le ventre et je trouve le fond utérin à trois doigts au-dessus du nombril; on dirait une grossesse de sept mois et demi, tandis que la disparition des règles n'indiquerait que six mois à peine révolus.

La malade part, et d'après les renseignements qu'il m'en est revenu, elle a accouché à Orléans, mais si promptement qu'on n'a pas eu le temps d'appeler un médecin. L'enfant qu'elle a eu est un garçon qu'elle a voulu nourrir, mais elle n'a pas pu le faire. L'accouchement a eu lieu dans les premiers jours de décembre, c'est-à-dire à la neuvième époque cataméniale, malgré l'irrégularité du développement utérin, et malgré le rhumatisme de cet organe.

OBSERVATION CCLVII

Pluripare. — Les femmes délicates peuvent allaiter en s'aidant un peu du biberon. — Fécondation avant la réapparition des règles. — Cette exception, qui est inexplicable par les idées reçues, s'explique très-bien par les miennes. — Grossesse menaçant toujours d'un travail prématuré. — Les bains généraux ne sont pas supportés. — Sensibilité utérine, ses causes, son traitement. — Hémorrhagie pendant les derniers mois ne venant pas d'une insertion vicieuse du placenta. — Effets des pilules anti-périodiques sur les névralgies des parois abdominales. — Changement de la position du fœtus. — Symptômes de métrite. — Les tours de cordon innocents quand ils ne sont pas serrés. — Accouchement normal facilité cependant par de petites manœuvres. — Naissance d'une fille bien portante. — Les tranchées ne contre-indiquent pas toujours l'administration préventive du seigle. — Névralgies persistant après l'accouchement. — Une imprudence fait reparaître les tranchées secondaires, et provoque la fièvre. — Guérison par le sulfate de quinine.

Madame C..., après s'être remise de sa dernière couche (V. *obs.* CLXV), a continué de nourrir son enfant au sein, quoique, à première vue, on l'en aurait crue incapable; seulement elle a dû s'aider un peu du biberon. Malheureusement, cette

enfant a fini par succomber à une fluxion de poitrine, au moment du sevrage. Madame C...', soit pour se distraire, soit pour reprendre des forces, est allée, le 15 décembre 1860, chez sa mère, à Bourges, et en arrivant là, elle a eu des nausées ainsi que d'autres indispositions qui lui ont fait soupçonner une grossesse. Elle n'y a a pas cru tout d'abord, parce qu'elle n'avait pas encore revu ses règles depuis l'accouchement (12 mois); mais enfin il a bien fallu l'admettre par la suite.

Ces cas ne sont pas très-rares chez les femmes qui nourrissent, et on serait embarrassé de les expliquer en admettant que l'ovulation est la cause mensuelle de l'hémorrhagie cataméniale, tandis que, comme je l'ai dit ailleurs, ces ovulations sont faciles à expliquer pour moi, qui admets une certaine indépendance entre l'ovulation et la menstruation.

Madame C... fait un voyage à Paris, puis elle retourne, le 10 juin 1861, auprès de sa mère; mais là, elle est prise de douleurs abdominales, qui rendent la marche pénible et forcent même la malade d'aller courbée; enfin, il survient de la fièvre. Dans la crainte de faire un avortement, madame C... se hâte de rentrer à Paris le plus tôt possible, et le 13, on m'appelle auprès d'elle.

A ma visite, je trouve que son utérus dépasse le nombril de trois travers de doigt, ce qui indiquerait une grossesse de sept mois révolus, et par le palper, je constate la présence d'un enfant situé en première position du vertex (O. J. G. A.) La sensibilité du ventre m'engage à prescrire quelques bains généraux et le repos. Si les symptômes fébriles reparaissent, on m'avertira.

Quoique le premier bain n'ait pas été trop chaud, madame C..., en sortant de l'eau, a vu du sang apparaître à la vulve, sans pour cela être plus malade; bien au contraire, elle se sentait soulagée, et les jours suivants, elle est même allée dîner en ville.

En rentrant de cette course, le sang a reparu, et avec lui l'agitation fébrile. Appelé le 1er juillet, je constate que le pouls est presque normal, que l'abdomen n'est guère sensible à la pression, et cependant les mouvements fœtaux sont douloureux pour la femme; de plus, il y a de la pesanteur aux lombes et au bas-ventre. On voit que la matrice est le siége d'une

sensibilité anormale, qui pourrait tenir à une métrite ou à un rhumatisme encore plus qu'à une simple congestion. Je prescris le repos absolu. Si le sang reparaît, on mettra des sinapismes aux bras, et l'on donnera des quarts de lavement laudanisés. Je prescris en même temps des frictions sédatives sur l'abdomen, ainsi qu'une ceinture de flanelle, pour combattre, autant que possible, la sensibilité locale, et soustraire la peau au contact de l'air.

Ces moyens ont un peu soulagé la malade, et le sang s'est arrêté, mais pas pour longtemps. Dans la nuit du 3 au 4, madame C... se sent plus fatiguée ; le ventre est le siége de douleurs, et bientôt apparaît encore de l'eau rousse. Appelé le 4, je trouve le pouls calme, la matrice peu sensible à la pression et peu tendue. S'il y a de l'hyperesthésie, elle est plutôt à la peau, de sorte que je me demande si je n'aurais pas affaire à une insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Je pratique le toucher vaginal, et je sens trop bien la tête fœtale pour croire que le placenta la sépare de mon doigt. J'ordonne alors deux pilules par jour (0,10 sulf. quinine et 0,20 pâte de cynoglosse, chaque), pour tâcher de combattre la sensibilité utérine et cutanée de l'abdomen.

La malade est plus calme par la suite. A ma visite du 5 juillet, je trouve que l'hyperesthésie cutanée du côté s'est placée au-dessus du nombril ; mais cette sensibilité externe n'est qu'un symptôme de la souffrance utérine elle-même. Le 7, je constate que l'utérus est un peu plus tendu que d'habitude, et parfois même, il se contracte pendant l'exploration ; les mouvements fœtaux sont toujours douloureux pour la femme qui a parfois aussi des vomissements. Il n'y a plus d'hémorrhagie ; mais on observe une perte blanche assez abondante, et si la malade fait un effort, si elle tousse même, le sang reparaît. Je prescris quelques injections vaginales émollientes, et comme la constipation ne peut pas être surmontée à l'aide de lavements, j'ordonne une petite prise de rhubarbe. La persistance de ces symptômes indique une métrite ; mais la malade supporte mal les bains, et on ne peut guère songer ni aux cataplasmes, ni aux frictions mercurielles ; elle est trop faible pour être saignée. A ma visite du 21 juillet, je conseille donc d'insister sur le régime émollient et le repos.

Je la revois le 27, et si les malaises n'ont pas augmenté, ils n'ont pas non plus diminué: mais ce qui surprend le plus la malade, c'est que les mouvements de son enfant, qui se faisaient toujours sentir à droite, se fassent sentir maintenant à gauche ; et ils sont moins douloureux. Je pratique le palper, et je trouve, en effet, qu'au lieu d'une première position, il y a maintenant une seconde O. J. D. P.; de plus, l'utérus arrive à quatre doigts au-dessus du nombril, ce qui indiquerait une grossesse de plus de huit mois.

Dans les premiers jours du mois d'août, l'état de la malade s'améliore un peu, quoique de temps à autre elle soit prise de diarrhée et de crises qui font craindre l'accouchement. On combat efficacement ces crises à l'aide des lavements laudanisés. Le 23 août, une de ces crises est assez forte pour qu'on m'appelle, et je trouve madame C... un peu mieux pour l'état général. Comme il arrive souvent aux derniers jours de la grossesse, l'utérus semble avoir diminué de volume.

J'ai passé plusieurs heures auprès de la malade pour savoir si le travail se déclarait, mais inutilement; tout est rentré spontanément dans l'ordre, et madame C... s'est même mieux portée les jours suivants. C'est seulement la nuit du 29 au 30 août que le travail a commencé.

Appelé à cinq heures du matin, je trouve le col utérin presque entièrement dilaté, la tête fœtale engagée dans l'excavation, et les contractions à cinq minutes d'intervalle. Comme le col est assez fortement porté en arrière, je fais coucher la malade, et je vais le saisir pour le retenir en avant. A cinq heures un quart je romps la poche des eaux, et bientôt la rotation intérieure et l'engagement s'achèvent. J'abaisse le plancher, et les contractions utérines, aidées des contractions volontaires, amènent bientôt la tête à l'orifice vulvaire. Je n'ai eu à faire que l'extension artificielle pour faire sortir cette tête en dehors. Il y a un tour de cordon sur l'épaule, mais comme il n'est pas serré, je ne m'en préoccupe pas. J'accroche l'aisselle gauche ou postérieure, et je tire l'enfant hors de la vulve. La mère et le mari de la malade étaient présents ; mais comme la partie était toujours restée couverte, j'ai retiré l'enfant de dessous les couvertures, sans qu'ils aient vu ce qui avait eu lieu aux organes génitaux (5 heures 25 minutes).

L'enfant est une fille de moyen volume (3,400 grammes), mais vivace. La délivrance a eu lieu un quart d'heure après, moyennant de légères tractions sur le cordon. Le placenta n'est pas gros, mais il est sain, et l'ouverture de l'œuf a eu lieu loin de cet organe, preuve évidente que l'hémorrhagie ne tenait pas à une *placenta prævia.*

Je place une ceinture autour du ventre de la malade; mais comme à l'accouchement précédent il y avait eu de fortes tranchées, et qu'il y a eu ici des symptômes de métrite, je ne voudrais pas administrer le seigle ergoté comme j'en ai l'habitude. J'attends, et voyant à sept heures et demie que, malgré les petites tranchées, le sang coule assez abondam-ment, sans que la rétraction se prononce, je donne un demi-gramme de la poudre en question. Cette dose a suffi pour provoquer la rétraction, mais les douleurs en ont été si vives que la malade a souffert plus que pour accoucher. Il est arrivé même un moment où il y a eu une sorte de défaillance.

Comme j'étais sûr qu'il n'y avait pas plus d'hémorrhagie externe que d'hémorrhagie interne, je ne me suis pas effrayé et me suis contenté d'administrer de l'infusion de tilleul chaude. La malade, en effet, s'est bientôt trouvée mieux, mais les tranchées continuent, et la douleur se propage même aux bras et aux cuisses. Pour rendre ces douleurs supportables, il a fallu administrer quelques gouttes de laudanum dans la tisane, et à midi, tout était dans le calme.

Je vois la malade le 31, et je la trouve sans fièvre. Le ventre est indolore partout, si ce n'est sur le globe utérin, où il y a beaucoup de sensibilité. Chose assez rare, la matrice est ici déviée à gauche; mais il faut savoir que la disposition du lit force la malade à se tourner souvent sur le côté gauche pour surveiller sa fille. Potages à la mère, lait coupé à l'enfant.

Le 1^er^ septembre, je trouve encore la malade sans fièvre. Il y a toujours de petites tranchées, et le globe utérin, quoique situé à deux doigts sous le nombril, est encore très-sensible à la pression; mais ce qu'il y a de plus curieux est l'hyperesthésie sur divers points de l'abdomen. Les points où la sensibilité est exaltée se trouvent à l'émergence nerveuse au-dessus du milieu des aines. Ils sont indolores quand on n'y touche pas; mais si on porte le doigt sur le côté gauche, on éveille

la douleur à la fois sur ce point et sur le point hyperesthésié du côté droit. Même régime pour la mère, lavement purgatif. On continue le lait coupé à l'enfant.

Le 2, la malade est on ne peut mieux; mais comme on a baptisé l'enfant, on lui fait prendre part à la fête, et sans même me consulter, on donne à cette dame des huîtres, du poulet, etc. Cela a suffi pour donner à la malade des frissons, de la fièvre, de l'agitation, et avec cela les tranchées ont repris. Le mari a calmé cet état par des lavements laudanisés, après avoir évacué l'intestin à l'aide d'un lavement purgatif.

Le 3, au moment de ma visite, la malade était mieux, mais il n'y avait plus de comparaison entre ce jour et la veille pour la décomposition des traits; le pouls était encore à 110, et le ventre, que j'avais laissé en bon état le jour précédent, était très-douloureux à la pression.

Evidemment il y avait des symptômes d'inflammation, et peut-être de résorption; aussi j'ordonne l'ipéca stibié, soit comme émétho-cathartique, soit comme moyen de resserrer la matrice et ses vaisseaux. Après l'effet de l'eméthocathartique, on administrera une potion quinique; cataplasmes sur le ventre. Je revois la malade le soir, et je la trouve mieux. Pouls à 80. Bouillons.

Le 4, l'état est aussi bon; cependant on continue la potion quinique, tout en donnant des potages. Le 5 et les jours suivants la malade va de mieux en mieux, et finit par se rétablir complétement.

Quant à l'enfant, elle avait été placée au sein d'une nourrice qui était chez la mère de la malade, à Bourges.

OBSERVATION CCLVIII

Pluripare. — Rétrécissement et inclinaison du bassin.—Deux accouchements spontanés quoique pénibles. — Grossesse prolongée, ses causes. — Tentatives infructueuses de forceps et de léniceps. — Lequel de ces deux instruments est préférable avant et après l'engagement de la tête à travers le détroit supérieur? — Déchirure opérée par le forceps sur le périnée sans pouvoir amener la tête. — Quel est le degré de traction qu'on peut atteindre avec le forceps? — Faut-il pratiquer l'opération césarienne ou l'embryotomie dans les cas extrêmes? — Perforation du crâne, précautions qu'elle exige. — Application du céphalotribe, défauts de cet instrument. — Excès de développement du fœtus. — Suture et réunion immédiate presque complète du périnée. — Guérison sans accidents fébriles graves.

Madame N..., native de l'Orne, habitant Paris depuis quatorze ans, Faubourg SaintDenis, est une couturière âgée de

32 ans, de taille un peu au-dessous de la moyenne et à formes ramassées, quoiqu'elle ait marché à neuf mois. D'un tempérament lymphatico-sanguin et de constitution replète, elle n'a pas la force et la santé qu'elle semble annoncer de premier aspect. Ainsi, elle a eu la fièvre typhoïde, deux fois le choléra, une pneumonie, etc.

Réglée à treize ans et demi, elle a continué de voir tous les mois, et parfois même deux fois par mois pendant trois à quatre jours, avec des coliques le premier jour seulement.

Mariée à 21 ans, elle n'est devenue enceinte qu'au bout de trois ans. Le travail de l'accouchement a duré quarante-huit heures et s'est terminé spontanément avec la naissance d'un garçon qui a vécu onze mois. Après trois ans de vacuité, est survenue la deuxième grossesse qui est arrivée à terme. Le travail de l'accouchement a duré encore vingt-quatre heures, et s'est terminé spontanément par la naissance d'une fille qui est morte au bout de dix mois. Après le premier accouchement, madame N... ne fut guère malade ; mais après le second, elle eut une fièvre miliaire grave.

Cinq ans s'étaient écoulés, lorsque est arrivée la grossesse dont nous allons parler.

Elle a eu ses dernières règles du 18 au 20 novembre 1860, et cette grossesse a été meilleure que les autres. Ainsi, au lieu d'avoir des vomissements, elle a bien mangé, et loin de maigrir, elle paraît avoir acquis de l'embonpoint. Peut-être y avait-il aussi de la bouffissure, car les pieds avaient commencé à gonfler dès le septième mois.

La neuvième époque cataméniale aurait dû apporter l'accouchement du 18 au 20 août, mais cette époque est passée sans indices de travail. Dans les premiers jours de septembre, on a cru que l'accouchement arriverait ; on a même appelé M. Chazal, médecin traitant, qui l'a assistée aux autres accouchements ; mais celui-ci a vu bientôt qu'il s'agissait d'un faux travail. Le col utérin, en effet, était encore long et volumineux. Les vraies douleurs n'ont commencé que le 14 septembre après midi, c'est-à-dire près de la dixième époque cataméniale.

Voyant que, malgré les douleurs, le col utérin conservait encore de la longueur, et qu'il ne se dilatait pas, M. Chazal s'est borné à attendre toute la nuit et la journée du 15. En

attendant, la poche des eaux s'est percée spontanément, et les douleurs se sont renforcées, mais sans profit pour l'engagement de la tête.

Voyant cela, M. Chazal, dans la nuit du 15 au 16, a essayé l'application du forceps, et il n'a pas pu réussir. On appelle en consultation M. le docteur Goupil, et en présence des difficultés, on décide de me faire chercher.

J'arrive à cinq heures du matin, le 16, et je trouve la malade abattue au moral ; les contractions utérines sont presque nulles, et l'utérus n'est pas fortement rétracté ; les organes génitaux sont gonflés, secs et douloureux, La tête fœtale est encore au-dessus du détroit supérieur, et le col, sans être effacé, offre à peine une dilatation de 3 centimètres de diamètre. Le palper trouve l'enfant situé en première position du vertex, et l'auscultation perçoit encore quelques pulsations cardiaques.

Avant d'aller plus loin, je dois analyser ici ce qui précède, pour mieux faire connaître le langage que j'ai tenu vis-à-vis des confrères et vis-à-vis de moi-même.

L'embonpoint de la malade, et surtout la sensibilité des organes génitaux, ne m'a pas permis d'atteindre le promontoire pour déterminer le degré précis du rétrécissement; mais les difficultés des accouchements antérieurs, et surtout ce qui avait eu lieu déjà dans le présent, suffisaient pour admettre ce rétrécissement.

La courte taille de la malade, ses formes ramassées, la forte cambrure de sa région lombo-sacrée, étaient un indice de ce que les accouchements antérieurs ont confirmé. Dans cette grossesse, la femme s'est mieux portée que dans les précédentes, et l'enfant n'en a que plus profité ; mais le rétrécissement et l'inclinaison du bassin ont porté le poids de ce fœtus hors du centre du détroit. Le col ne s'est pas effacé, et la neuvième époque cataméniale est arrivée sans que le segment inférieur de l'utérus ait offert la préparation habituelle. Une menace de travail a paru, mais elle a échoué, et le vrai travail est arrivé lorsque ce fœtus avait acquis des proportions énormes, en présence d'un bassin qui aurait exigé précisément un enfant au-dessous du volume normal.

J'ai justifié ainsi les difficultés qu'avaient rencontrées les confrères et celles que je devais rencontrer moi-même. J'essaye,

en effet, de faire une application de léniceps; mais la tête est si en avant au-dessus du détroit supérieur, et elle est si volumineuse, que l'instrument ne peut pas la saisir d'une manière solide. Les tractions que je fais sont inutiles pour l'engagement, ou font glisser l'instrument en arrière de la tête. Dans la crainte que mon léniceps ne fût pas assez long ou assez courbé, on m'a proposé d'appliquer le forceps des confrères qui était plus long et plus résistant, ce que j'ai fait, mais sans plus de profit, quoique j'aie déployé une force très-considérable. J'ai même essayé de placer le diamètre antéro-postérieur de la tête suivant le diamètre transverse du bassin, j'ai opéré les tractions aussi en arrière et en bas que possible, et toujours inutilement. Bien au contraire, j'ai vu arriver ici un accident que je n'avais jamais observé : c'est une déchirure partielle du périnée, opérée par le bord du forceps pendant que je faisais la traction dans l'axe du détroit supérieur. Cette déchirure donnant assez de sang, j'ai dû faire la ligature d'une artériole pour arrêter l'écoulement liquide.

Après cela, j'ai déclaré formellement qu'on n'aurait pas la tête fœtale à l'aide du forceps, et qu'il fallait recourir à d'autres moyens. Fallait-il faire l'opération césarienne? L'état où était déjà l'enfant avant et après mes essais lui laissait peu de vie, et exposer presque à coup sûr la vie de la mère sans être sûrs de sauver celle de l'enfant, c'eût été une imprudence. Il ne restait donc que l'embryotomie, que les confrères, du reste, ont acceptée avec moi.

Je suis allé à la recherche des instruments nécessaires pour pratiquer cette opération, et cela a servi à la malade pour se reposer un peu. J'étais de retour à six heures et quart, et après avoir administré 2 grammes de seigle à la malade pour forcer l'utérus à immobiliser l'enfant, j'ai procédé à la perforation du crâne. Ici, la hauteur de la tête, sa projection en avant, et surtout l'énorme épaisseur de la bosse sanguine, ont fait que je suis arrivé sur la boîte osseuse, mais le perce-crâne a glissé au moment où j'ai cru qu'il avait pénétré dans la cavité cranienne. J'ai appliqué le céphalotribe, et, si en avant, si haut que je portasse ses branches, il glissait toujours quand je le serrais; de plus, je ne voyais pas sortir de substance cérébrale. Cela a suffi pour m'avertir de mon erreur. J'ai alors re-

tiré l'instrument, et en introduisant le doigt dans la plaie que j'avais faite à la bosse sanguine, j'ai constaté que la voûte crânienne n'avait pas été perforée. Sans désemparer, j'ai conduit alors le perce-crâne sur le doigt, et après avoir porté la pointe aussi en avant que possible, j'ai perforé la voûte osseuse et mâché la substance cérébrale. L'application du céphalotribe semblait devoir cette fois être plus profitable; et cependant les branches, quoique ayant bien aplati la tête, glissent quand je veux tirer dessus. Ce n'était pas la première fois, du reste, que le céphalotribe m'offrait cet inconvénient, et c'est là le motif pour lequel j'ai abandonné depuis l'usage de cet instrument.

Que faire dans ce cas? Fallait-il aller chercher les pieds de l'enfant ou mâcher la tête par plusieurs applications de céphalotribe afin d'en diminuer le volume? L'un et l'autre moyen me paraissaient trop longs et trop pénibles pour une femme déjà exténuée de forces. J'ai alors essayé d'appliquer mon lénicéps, et il a tenu si bien, que la tête a été bientôt amenée à la vulve. Ce fait, après bien d'autres, suffira à démontrer que cet instrument est assez long pour être appliqué aussi sur le détroit supérieur, quand il n'y a pas, comme ici, des obstacles insurmontables.

Au moment où la tête a dû traverser la vulve, j'ai retiré l'instrument pour ménager les tissus cutanés. Je suis allé à la recherche des aisselles, et j'ai pu en accrocher une; mais j'ai éprouvé une grande résistance pour amener les épaules à la vulve; le ventre et le bassin lui-même étaient si forts chez cet enfant que j'ai eu de la peine à les tirer au dehors. (Il est six heures trois quarts.)

C'est un garçon qui a 53 centimètres de long et qui pèse 4,410 grammes, sans la substance cérébrale déjà perdue, comme nous l'a dit une romaine sur laquelle nous avons fait placer l'enfant.

La délivrance a été immédiate avec de petites tractions sur le cordon. Pour forcer l'utérus à revenir encore plus sur lui-même, j'ai administré un autre gramme de seigle ergoté, et j'ai serré le ventre de la femme avec une ceinture. Je suis partisan de la suture immédiate dans les cas de déchirure péri-

néale ; mais je n'ai pas osé le faire ici pour ne pas fatiguer encore plus la pauvre femme.

Le reste de la journée s'est assez bien passé ; M. Chazal a seulement dû vider la vessie avec une sonde, et appliquer des cataplasmes sur le ventre pour en adoucir la sensibilité. Le 17, nous voyons ensemble la malade, et je la trouve assez calme : le pouls offre à peine un peu de fréquence et le ventre une sensibilité médiocre. Nous examinons le périnée, et nous voyons que, sans atteindre le bord anal, la déchirure demande deux points de suture. La malade avait pu déjà uriner seule ; mais pour ne pas exposer la plaie au contact des urines, j'ai sondé la malade et ai prié M. Chazal d'en faire autant pendant quelques jours. Cette suture a été faite en plaçant une aiguille à chaque bout de fil pour les piquer de dedans en dehors. Les deux points une fois noués séparément, j'ai laissé à chacun un bout de fil assez long pour pouvoir le bien saisir quand on devra couper les nœuds. C'est M. Chazal qui a continué seul le reste des soins, tout en me tenant au courant de ce qui arrivait. Ainsi la malade s'est remise sans avoir eu de fièvre bien marquée, et au moment où M. Chazal a coupé les fils, il a trouvé la plaie presque entièrement réunie par première intention. Les seins s'étant gonflés comme d'habitude, on a dû purger la malade.

Le 25 décembre, madame N... est venue chez moi pour me remercier, et à la voir, on ne dirait jamais qu'elle a supporté, il y a bientôt deux mois, une si rude épreuve. Elle avait passé trois semaines au lit, et, après s'être levée, elle a conservé une sensation douloureuse dans la région lombo-sacrée droite. Cette sensation n'a lieu que pendant la marche, ce qui semblerait la rattacher à l'articulation sacro-iliaque correspondante. Elle a conservé aussi une disposition à la diarrhée, ou peut-être cela tient-il à un peu de paralysie du rectum. J'examine le périnée, et je le trouve bien reformé ; cependant, la ligne médiane de la fourchette offre encore quelques bourgeons charnus. J'ordonne des injections vaginales avec une forte décoction de feuilles de noyer et un demi-gramme de sous-nitrate de bismuth à prendre dans la soupe.

Ces moyens ont suffi à guérir la malade, et la sensation même du défaut de résistance qu'éprouvent les femmes vers le

détroit inférieur, là où le périnée manque, cette sensation a disparu bientôt. Le 6 août 1862, cette dame venait me revoir, et dans la crainte que je ne la croie malade, elle m'annonce en entrant qu'elle ne vient pas pour son compte; elle venait, en effet, me prier d'assister une de ses amies, qui devait bientôt accoucher.

OBSERVATION CCLIX.

Multipare. — Le rachitisme n'exclut pas la fécondité. — Rétrécissement du bassin. — Un diamètre antéro-postérieur de 9 centimètres peut permettre des accouchements spontanés, mais non physiologiques. — Difficultés du travail; dans un accouchement, il s'est produit une paralysie de la jambe droite. — Pourquoi ces paralysies sont rares. — Septième grossesse, plus pénible que les autres. — Accouchement près de la dixième époque cataméniale. — Le rétrécissement pelvien est la cause de ce fait. — Volume très-considérable de l'enfant, qui est un garçon. — Efforts volontaires infructueux. — Applications inutiles du forceps et du léniceps. — Prolapsus du cordon. — Perforation du crâne. Précautions à prendre. — Le céphalotribe est un mauvais instrument de traction. — Le léniceps a mieux réussi. — Difficulté de l'engagement des épaules. — La hauteur de l'utérus pendant les suites de couches, ses causes, ses effets. — Rétablissement de la mère sans accidents.— Pas de sécrétion lactée.

Madame G..., native de la Creuse, et habitant Paris depuis dix-neuf ans, rue des Sept-Voies, est une femme âgée de 43 ans, d'une taille petite et ramassée, indiquant un rachitisme pendant le jeune âge. Elle est d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une constitution bonne, un peu replète. En fait de maladies, elle n'a eu qu'une fluxion de poitrine. Dans son pays natal, elle travaillait dans les champs; à Paris, elle tient un petit hôtel.

Réglée à 13 ans, elle a continué de voir ses règles tous les mois, pendant trois jours, avec quelques coliques. Mariée à 21 ans, elle est devenue presque aussitôt enceinte; elle a vomi pendant toute la grossesse et est accouchée spontanément, à terme, d'une fille mort-née. Le travail ayant duré trois jours et deux nuits, c'est à cette longueur, assurément, qu'a été due la mort de l'enfant. La mère s'est remise sans accidents graves.

Après un an de vacuité, deuxième grossesse qui, sans indisposition, s'est terminée à neuf mois, par la naissance d'un garçon vivant, venu spontanément après quatorze heures d'un travail très-douloureux. La mère même a nourri cet enfant. Après sept ans de vacuité, troisième grossesse dont madame G... est accouchée à sept mois et demi, par suite d'une dyssenterie

épidémique. Cet enfant a vécu dix-sept mois. Après sept autres années de vacuité, quatrième grossesse qui est arrivée à terme. Les autres accouchements avaient eu lieu à la campagne; celui-ci a eu lieu à Paris. Le travail durait depuis vingt-deux heures, lorsqu'on fit une application de forceps. L'enfant, né vivant, a été nourri par la mère, quoique celle-ci ait eu des suites de couches graves. Un des accidents les plus fâcheux a été une paralysie du sentiment encore plus que du mouvement existant dans le membre inférieur droit. Cette paralysie a résisté à tous les moyens thérapeutiques, et a rendu madame G... boiteuse depuis lors. Après un an de vacuité, cinquième grossesse qui s'est terminée à trois mois et demi, sans cause appréciable. Au bout d'un an, sixième grossesse qui est allée à terme; l'enfant, né vivant, a été extrait avec le forceps, après vingt-quatre heures de travail. Quoique madame G... n'ait pas allaité cet enfant, elle est restée trente et un mois avant d'avoir la septième grossesse dont nous allons parler. Mais revenons, en attendant, un peu sur tout ce qui précède.

Voilà une femme qui porte un rétrécissement pelvien que nous allons préciser; mais en attendant, ce rétrécissement est annoncé par la taille au-dessous de la moyenne, et surtout par les accouchements difficiles de madame G... Ces accouchements peuvent se prêter aux divers principes d'expectation et d'intervention. Ainsi, voilà une femme qui a accouché spontanément quelquefois et, comme on dit, naturellement, puisque quelque enfant a vécu; mais ces accouchements ont-ils été physiologiques, c'est-à-dire prompts, faciles et heureux? Certainement non; aussi, on serait bien coupable si on les abandonnait aux seuls efforts de la nature.

Un des accidents les plus remarquables de ces divers accouchements pathologiques a été la paralysie d'un membre; et l'on pourrait se demander si elle a été due au travail ou à l'application du forceps; mais je suis disposé à l'attribuer plutôt à la première de ces causes. Si ces paralysies traumatiques ne sont même pas plus fréquentes dans les cas de rétrécissement pelvien, il faut en attribuer la cause aux gouttières osseuses qu'on observe sur le devant du sacrum, et que des tissus fibreux augmentent pour envelopper et protéger les nerfs qui les traversent. La paralysie de la vessie et du rectum, au moins tem-

poraire, arrive bien plus souvent, sans doute parce que les nerfs qui animent ces organes ne sont pas protégés autant que ceux des membres inférieurs. J'arrive à la septième grossesse.

Madame G... a vu, pour la dernière fois, ses règles, du 28 au 30 décembre 1860, et pendant les neuf mois qui ont suivi cette suppression, cette femme a été plus malade qu'aux autres grossesses. Ainsi, elle n'a pas cessé de vomir, et, de plus, il s'est manifesté un fort gonflement des jambes, dans la gauche surtout, quoique ce soit la bonne.

La neuvième époque cataméniale aurait dû apporter l'accouchement du 28 au 30 septembre 1861; mais il n'en a été rien; les douleurs n'ont apparu que le 19 octobre au matin, c'est-à-dire près de la dixième époque cataméniale. Voilà donc une femme dont le bassin exigerait des enfants petits, et qui, précisément, avec des grossesses prolongées, a des enfants trop développés. Je répéterai ici ce que j'ai dit tant de fois, et qui, cependant, n'avait pas encore été remarqué, c'est que, dans les rétrécissements pelviens, le poids fœtal ne portant pas exactement sur le segment inférieur de la matrice, ce segment, et par conséquent le col, ne sont pas préparés à la neuvième époque cataméniale comme ils le sont dans les bassins bien conformés.

Madame G... se voyant en mal d'enfant, a appelé une sage-femme de son voisinage, qui l'a assistée pendant la journée du 19. A deux heures après midi, cette sage-femme a percé la poche des eaux, mais sans que l'engagement fœtal s'opérât. Voyant, à deux heures après minuit, que les choses en étaient encore au même point, on a appelé M. Pagès, celui-là même qui avait fait l'application du forceps dans les accouchements précédents.

Ce médecin a essayé encore cette fois d'appliquer l'instrument, mais il n'a pas pu; il aurait même tenté la version podalique, et après plusieurs essais inutiles, il a proposé de me faire appeler.

J'arrive à six heures trois quarts du matin, le 20 octobre, et je trouve la malade, quoique fatiguée, continuant de rester debout ou assise, comme elle disait avoir accouché à la campagne. Les contractions se suivent encore avec régularité, et

surtout il y a des efforts volontaires violents, mais d'autant plus dangereux qu'ils sont incapables d'opérer la descente du fœtus. J'engage la malade à les modérer, et elle me dit ne pas pouvoir se retenir, ce qui est très-rare avant l'arrivée de la tête sur le plancher du bassin.

Malgré l'écoulement presque complet des eaux, l'utérus est encore assez volumineux et contracté, d'une manière presque permanente. Je pratique le toucher vaginal, et je trouve d'abord une anse de cordon dans le vagin; la tête est encore au-dessus du détroit supérieur, malgré la dilatation presque complète du col utérin. Cette tête offre une forte bosse sanguine, quoique nulle part je ne puisse constater les pulsations du cœur fœtal.

Les renseignements qu'on m'a donnés et l'état actuel m'ont indiqué aussitôt les difficultés que je devais rencontrer : cependant, j'ai essayé à mon tour une application de lèniceps sans pouvoir réussir. L'instrument, si en avant que je porte les cuillères, ne peut pas bien saisir la tête et glisse en arrière, dès que je fais de fortes tractions. Je déclare inutiles toutes autres tentatives, et je vais chez M. Charrière, non loin de là, chercher les instruments nécessaires à l'embryotomie.

A sept heures et demie, je perfore le crâne, et encore ici, le perce-crâne aurait de la tendance à glisser ou à déplacer la tête; mais je fais immobiliser cette tête extérieurement par la sage-femme, pendant que je la pique le plus en avant et le plus perpendiculairement possible. La difficulté croissant à mesure que j'enfonçais l'instrument ou que je voulais ouvrir m'a démontré que je perforais bien la paroi osseuse. Cela fait, j'ai broyé la substance cérébrale, et puis j'ai appliqué le céphalotribe. La sortie du sang noir ou veineux du fœtus d'abord, et puis de la substance même du cerveau a diminué le volume de la tête; mais si le céphalotribe m'a aidé pour cela, il ne m'a plus servi quand il s'est agi d'extraire cette tête. En effet, j'ai beau appliquer l'instrument aussi haut et en avant que possible, placer le grand diamètre de cette tête suivant le grand diamètre du bassin, rien n'y fait : l'instrument glisse toujours. On a fait ce reproche à tous les céphalotribes, et pour y parer, on a garni d'appendices intérieurs l'extrémité libre des cuillères de cet instrument. L'onglet de celui

que j'avais sous la main était précisément prononcé au point qu'il s'est enfoncé dans le cuir chevelu, et par les tractions il a emporté une sorte de calotte de la membrane cutanée.

Loin de se simplifier, mon cas se compliquait ; ainsi, au lieu d'une tumeur arrondie, je n'avais plus que des saillies osseuses qui pouvaient déchirer les parties maternelles. J'ai alors tiré sur le cordon, le plus que j'ai pu, et puis l'ai coupé aux deux bouts, pour me débarrasser un peu, puis j'ai fait une application de léniceps en conduisant avec soin les cuillères sur les doigts pour ne saisir que la tumeur céphalique.

Cette application a été on ne peut plus heureuse, car l'instrument tenant bien et protégeant les parties maternelles, j'ai pu extraire la tête avec quelques tractions.

Une fois la tête hors de la vulve, on aurait cru que le reste allait être facile, mais cette tête reste enfoncée dans le sillon vulvaire, parce que les épaules n'ont pas encore franchi le détroit supérieur du bassin. Les tractions que je fais sur cette tête, difficiles du reste, ne font pas avancer l'engagement. L'occiput restant à droite et un peu en arrière, je me suis demandé si le grand diamètre des épaules ne serait pas suivant un petit diamètre du détroit, et pour rendre les deux grands diamètres parallèles, j'imprime à la tête une rotation qui porte la face en avant, et par conséquent les épaules en travers. J'applique ensuite sur le cou de l'enfant une serviette en cravate, et je tire si fort que je crains d'arracher cette tête. C'est seulement après ces efforts que les épaules ont plongé dans l'excavation. Cela obtenu, je ne pouvais pas continuer les tractions avec le même fruit, puisque le grand diamètre du détroit inférieur est dirigé d'arrière en avant. J'ai alors accroché l'aisselle droite du fœtus avec deux doigts, et, après l'avoir portée en arrière, j'ai tiré dessus. De cette manière, les épaules se sont engagées à travers le détroit inférieur, mais si j'ai voulu les voir dehors, il m'a fallu dégager d'abord le bras postérieur. Cela fait, j'ai pu faire de plus fortes tractions, et le thorax, l'abdomen, le bassin sont sortis, mais non sans offrir de la résistance (huit heures).

L'enfant est un garçon long de 53 centimètres, et pesant 4,400 grammes, sans compter le sang et la substance cérébrale qu'il a perdus.

Délivrance immédiate, le placenta ayant suivi le fœtus. Délivre sain. Après avoir extrait le placenta, j'ai mesuré exactement le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, et j'ai trouvé 9 centimètres, après déduction faite pour l'obliquité. Ceci explique pourquoi une tête ordinaire, en se plaçant surtout transversalement, a pu traverser spontanément le bassin, tandis qu'une autre tête, placée obliquement ou plus volumineuse, a dû être complétement arrêtée.

J'ai ordonné deux grammes de seigle ergoté à la malade, je lui ai serré le ventre avec une ceinture, et l'ai laissée en bon état. A quatre heures de l'après-midi, j'ai revu madame G..., et je l'ai trouvée assez bien, seulement, l'utérus étant encore mou et volumineux, j'ai ordonné un nouveau gramme de seigle.

Pendant les jours suivants, c'est la sage-femme qui a continué de voir la malade; on devait m'appeler si des accidents survenaient, mais rien n'est arrivé. Le 27 octobre, en passant par le quartier, j'ai vu madame G..., et je l'ai trouvée en bon état. Il paraît que son rétablissement s'est opéré sans fièvre. J'explore son ventre et je trouve que l'utérus est encore, de deux doigts, au-dessus du pubis, ce qui ne m'étonne pas; ceci tient au rétrécissement pelvien qui retient encore l'utérus élevé plutôt qu'à un volume trop considérable de l'organe gestateur. La malade me fait remarquer qu'il n'y a eu aucun signe de lactation; ainsi les seins sont restés sans le moindre gonflement.

OBSERVATION CCLX.

Pluripare. — Influence réciproque de la menstruation et de la constitution chloro-anémique. — L'ovulation ne va pas toujours en raison de la menstruation. — La taille avantageuse n'est pas toujours le partage de la force. — Diversité des symptômes suivant les grossesses. — L'accouchement arrivant une fois après et l'autre fois avant terme. — Relâchement douloureux du pubis, erreurs à ce sujet. — Abondance des eaux amniotiques, sa signification. — Grande valeur du palper dans ces cas. — Travail pénible une fois et très-prompt l'autre. — Naissance d'une fille grêle, mais bien vivante. — Hémorrhagie nécessitant une prompte délivrance. — Placenta hypertrophié par infiltration. — Fièvre éphémère chez la malade, degrés dans la résorption chez les femmes en couche. — Prompte guérison par le moyen du sulfate de quinine. — L'enfant meurt à la campagne avec les membres œdématiés. — Rapports de l'état de l'enfant avec la constitution de la mère et les symptômes de la grossesse. — Chloro-anémie.

Madame L..., depuis son dernier accouchement (voy. Observation CLXXXIII), a été assez bien portante, quoique offrant

cependant toujours les défauts de sa constitution; c'est-à-dire que, toute grande et belle femme qu'elle est, elle offre un peu les symptômes de la chloro-anémie, avec une menstruation abondante. Quoique habitant la campagne avant son mariage, et tout en employant les ferrugineux, elle était toujours faible, et trois ans de mariage s'étaient écoulés sans grossesse. Après qu'elle a été soumise à un régime alimentaire tonique, bon vin, bonne viande, etc., une grossesse est arrivée, et l'enfant a survécu; bien plus, un an ne s'était pas écoulé, qu'une autre grossesse avait lieu, c'est celle dont nous allons parler. Ce qui s'est passé chez cette femme est une confirmation de mes idées, contrairement à l'opinion généralement reçue. Ainsi, voilà une dame chez laquelle la menstruation existe, même en abondance; mais il n'y a pas de grossesse tant que la chloro-anémie est très-marquée; l'état général s'améliore, et deux grossesses se suivent de près; c'est que, malgré la menstruation excessive, il n'y avait pas d'ovulation d'après mes idées, et dès que l'état général s'est amélioré, les ovaires sont entrés en travail; il y a eu des grossesses, parce qu'il y a eu des ovulations.

Ayant fait élever son enfant par une nourrice sur lieu, madame L... a vu ses règles se rétablir bientôt après le premier accouchement, et elles ont continué jusqu'au mois de janvier 1861, où elles ont paru pour la dernière fois, du 6 au 12. C'est de cette époque que date la deuxième grossesse.

Contrairement à la précédente, où il y avait eu des vomissements, des faiblesses, etc., cette fois madame L... s'est très-bien portée, sans avoir même des varices, indisposition qui l'avait tourmentée dans sa première grossesse.

Ce qu'il y a eu de particulier ici dès le milieu de la gestation, est un grossissement trop prononcé de l'utérus, comparativement à l'époque de la grossesse. Ainsi, je vois madame L... dans les premiers jours d'août, et quoique nous ne soyons qu'au septième mois, l'utérus est presque aussi gros qu'à terme. Je la revois dans les premiers jours de septembre, et le volume utérin dépasse le terme, c'est-à-dire que, chez une femme dont le grand bassin surtout est spacieux pour loger la matrice gravide, celle-ci, au lieu de se cacher sur les côtés, fait fortement saillie en avant, et est un peu plus tendue que

d'habitude. Le palper, qui constate tous ces faits, peut cependant me permettre de connaître la présence d'un enfant situé en seconde position du vertex (O. J. D. P.), et la mobilité du fœtus me porte à dire qu'il est assez petit.

Une autre particularité que la malade me fait remarquer, est un tiraillement douloureux dans la région pubienne, tiraillement qu'elle éprouve pendant la marche, et pour ainsi dire à chaque pas, tandis qu'elle ne ressent pas de douleur au lit ou pendant qu'elle est assise. J'explore la région pubienne, et la pression y est douloureuse, preuve évidente que l'articulation correspondante est le siége de tiraillements ligamenteux, ce qui n'a lieu que lorsque la sérosité a relâché ces ligaments à l'excès.

Ce fait, sous les yeux des anciens, serait une confirmation de leurs croyances à la disjonction des pubis pendant l'accouchement ; mais si les anciens étaient dans l'erreur à ce sujet, les modernes sont allés à l'extrême opposé en niant complétement un certain jeu dans les articulations pelviennes, jeu qui est préparé par la grossesse et qui peut agrandir de quelques millimètres les dimensions du bassin pendant le travail. Le cas de madame L..., cependant, dépasse les limites ordinaires, et peut être considéré comme pathologique.

Pour corriger ce relâchement des ligaments, j'ordonne le repos et une ceinture large qui serre à la fois le bas du ventre et le bassin.

Les choses sont bien allées jusqu'au 14 septembre ; mais dès ce jour, madame L... a aidé ses domestiques et son mari pour déplacer et arranger les meubles de son établissement, si bien qu'elle en a eu des palpitations cardiaques douloureuses.

La neuvième époque cataméniale aurait dû porter l'accouchement du 6 au 12 octobre, mais c'est dans la nuit du 15 au 16 septembre que les mouches commencent, ce qui fait croire que la fatigue, joint à l'état de distension utérine, a pu provoquer prématurément le travail.

Appelé à onze heures un quart du matin, le 16 septembre, je constate que les contractions utérines sont déjà à quatre minutes d'intervalle; le col, effacé, offre déjà une ouverture de 4 centimètres de diamètre, et la tête fœtale descend dans l'excavation. Je fais coucher la malade, je ramène le col en

avant avec le doigt, et ce redressement fait avancer à la fois l'engagement et la dilatation. A midi, je perce les membranes, ce qui fait sortir une quantité considérable de liquide.

Depuis ce moment, les contractions sont plus rares, mais plus fortes. Je hâte la dilatation par une douce pression circulaire ; je fais chevaucher le col, et la tête arrive bientôt à la vulve. Je n'ai eu à opérer que l'extension artificielle pour faire sortir cette tête au dehors. La rotation s'est faite, l'occiput à gauche de la femme, ce qui est une exception pour une deuxième position. En tirant légèrement sur l'aisselle, j'ai entraîné le tronc à l'extérieur (midi et un quart.)

L'enfant est une fille assez petite (2,900 grammes), mais comme elle arrive avant terme, il n'y a là rien d'extraordinaire ; elle est, du reste, assez vivace.

Quoique l'utérus semble revenir promptement sur lui-même, il y a cependant, après la sortie de l'enfant, une perte assez abondante de sang, et comme ici nous avons affaire à un sujet chloro-anémique, je fais la délivrance immédiate en tirant modérément sur le cordon, au lieu d'attendre douze à quinze minutes, comme j'en ai l'habitude.

Le placenta est large, épais et sain en apparence ; or, comme le volume d'un placenta sain est toujours en proportion directe du développement de l'enfant, on est surpris ici de savoir où est le défaut. C'est qu'ici l'hypertrophie placentaire n'est qu'apparente. L'organe est œdématié, ce qui est démontré surtout par son extrême mollesse sous la pression et par l'empreinte que laissent les doigts sur les points où on le comprime.

La journée du 16 est bonne, si bonne que la malade se lèverait et marcherait si on lui en donnait la permission, tandis qu'à l'accouchement précédent elle avait été très-fatiguée. Le 17, tout est bien, pas de fièvre, il y a quelques tranchées que l'on combat avec des cataplasmes laudanisés. Potages.

Le 18, l'enfant est confié à une bonne nourrice qui l'emporte à la campagne, sous la surveillance des familles de M. et de madame L... La malade est bien, les seins commencent à gonfler. Le 19, pas de fièvre, et la malade criant famine, je lui permets de manger un peu de viande après ses potages. Dans la soirée, on change le lit de la malade, et après cela il y a de légers frissons, suivis de chaleur et de céphalalgie, mais tout

s'arrête au bout d'une demi-heure, ce qui n'a pas empêché madame L... de manger et boire comme la veille. Le 20, elle prend 20 grammes huile de ricin, pour dégager à la fois l'intestin et les mamelles.

Loin de soulager la malade, la purge l'a fatiguée; cependant, à ma visite du soir, elle est assez bien, quoiqu'il y ait un peu de fièvre. Le ventre est un peu plus sensible que le soir et que le matin. On voit ici qu'un peu de résorption a eu lieu, mais elle est tardive et peu intense. J'ordonne une potion de 100 grammes de véhicule où je fais mettre un demi-gramme de sulfate de quinine, sans changer le régime alimentaire. Le 21 au matin, la malade est bien; pouls à 72; je fais cependant donner encore quelques cuillerées de la potion quinique. Le 22 et les jours suivants, le mieux se prononce de plus en plus, et madame L... se rétablit très-promptement, bien plus promptement qu'après la couche précédente.

Il n'en a pas été de même de l'enfant, qui, après avoir bien pris le sein sous mes yeux, s'est trouvée de plus en plus mal à la campagne, et elle est morte le 25 du même mois, après avoir offert de l'assoupissement, la peau livide et les membres gonflés. Je ne saurais dire si c'était le sclérème ou autre infiltration.

Réflexions. Cette fin de l'enfant ne m'a pas surpris, puisque dès la grossesse j'avais manifesté des craintes sur sa santé, et cela parce que l'hydramnios est de mauvais augure, sachant surtout que je l'observais sur un sujet chloro-anémique. L'infiltration des articulations du bassin et du placenta venait confirmer encore mes appréhensions.

Une autre réflexion que je ferai ici est relative à la fièvre de la malade. Cette fièvre aurait-elle cessé aussi promptement si je n'avais pas employé le sulfate de quinine? La chose n'est pas sûre, et quand même elle aurait cessé, il n'est pas dit qu'elle ne fût pas le signe d'une légère résorption. Plus j'avance dans la pratique, en effet, et plus je reconnais dans les résorptions la cause la plus fréquente des fièvres de couches, seulement il y a une infinité de degrés, dont le plus léger peut être la fièvre éphémère et le plus grave la fièvre dite puerpérale essentielle, qui tue les malades en deux ou

trois jours, avant même qu'il ne se produise des symptômes locaux appréciables.

On a pu remarquer, dans le cours de cette observation, que je n'ai pas signalé deux précautions que je prends habituellement après l'accouchement, c'est l'administration du seigle ergoté et l'application de la ceinture autour du ventre. Je n'ai peut-être pas noté leur emploi par oubli, et, ne pouvant pas compter sur des souvenirs aussi éloignés, je n'ai rien voulu ajouter à la première rédaction; mais si j'avais négligé de prendre ces précautions, je me croirais doublement coupable, ayant affaire à un sujet où les hémorrhagies et les résorptions étaient fort à redouter.

Pour terminer ces réflexions, je m'arrêterai à la chloro-anémie de la grossesse, dont on a tant parlé depuis quelques années, et qui a offert ici des particularités dignes d'attention.

J'ai déjà fait remarquer que cet état, chez madame L..., datait du jeune âge, ce qui n'avait pas empêché cette femme de devenir grande et belle femme; le mariage n'avait pas guéri la chlorose, chose assez rare, quoique cette femme ait habité la campagne, et qu'elle ait fait usage des remèdes employés en pareil cas. C'est le régime alimentaire excessivement réparateur qu'elle a pris à Paris qui a relevé ses forces et qui lui a permis de devenir mère. La grossesse ici a ajouté à l'action tonique, et le produit en a profité; il est né sain, quoiqu'il ne soit jamais devenu robuste.

Après cet accouchement, la santé a paru se maintenir chez cette dame, et une seconde grossesse est arrivée, mais la chloro-anémie s'est faite plus forte cette fois, et a causé une foule d'accidents; ainsi, l'hydramnios, le relâchement des symphises, l'œdème du placenta, l'accouchement prématuré, l'hémorrhagie qui l'a suivi, la facilité des résorptions, la mort prochaine de l'enfant avec œdème, tout cela est expliqué par la chloro-anémie. Pourrait-on rattacher ces phénomènes à l'albuminurie? La malade n'en ayant pas offert les symptômes habituels, je n'ai pas songé à examiner ses urines, mais je ne crois pas qu'il y ait eu ici perte considérable d'albumine, ou tout au moins que cette perte ait été la cause même de ces accidents.

C'est donc la chloro-anémie même qui a été la cause appa-

rente de cet état, mais peut-on dire que la grossesse seule a occasionné cette chloro-anémie? Déjà ce que nous connaissons nous permet de dire non. En effet, il est démontré pour moi que lorsque la grossesse arrive chez une femme déjà atteinte de simple chloro-anémie, cette femme voit sa santé s'améliorer presque toujours jusqu'à l'accouchement et le produit vient parfaitement. C'est ce qui est arrivé, en effet, chez madame L... pour le premier accouchement. La deuxième gestation a produit l'effet contraire, elle semble avoir donné droit aux idées de Cazeaux; c'est du moins ce qu'il faut admettre pour le moment, quoique ces cas soient plus rares que n'a voulu le dire ce dernier auteur. Nous verrons, dans une autre observation, madame L... offrir une diathèse qui expliquera jusqu'à un certain point l'obscurité de l'étiologie, je ne manquerai pas de le faire observer à mes lecteurs en temps et lieu; ils peuvent voir, en attendant, que, pour la mère au moins, les précautions que j'ai prises pendant et après le travail n'étaient pas de trop. Ce ne sont pas cependant les phénomènes dits sympathiques qui ont pu me servir de guide; ces phénomènes, au contraire, avaient été prononcés dans la première grossesse, et presque nuls dans la seconde.

OBSERVATION CCLXI.

Pluripare. — Constitution délicate, ses conséquences pour la vie utérine. — Ce qu'il faut pour constater une fausse couche. — Fécondation avant la réapparition des règles. — Ce que signifient la saillie prématurée du ventre pendant la grossesse, et le retard de l'engagement de la tête fœtale pendant le travail. — La suspension des douleurs et la fatigue de l'utérus. — Les efforts volontaires de la femme sont impuissants à surmonter de grands obstacles. — Distension de la vessie, ses signes, son traitement. — Souffrance du fœtus. — Léniceps, ses avantages. — La position du fœtus reconnue *a posteriori*. — Le volume de l'enfant indiquant une grossesse prolongée. — Altération du placenta. — Les gerçures et les abcès mammaires. — La déchirure de la fourchette reconnue tardivement. — Retour de couches douloureux sans écoulement de sang. — Les *nævi materni*, et leur traitement.

Le 28 septembre 1861, j'ai été appelé, à six heures et demie du matin, auprès de madame N..., logée rue Pétrelle, laquelle était, depuis la veille, en mal d'enfant, sans pouvoir accoucher.

Cette dame, âgée de 20 ans, est d'une taille au-dessous de la moyenne, grêle de constitution et d'un tempérament lymphatico-nerveux; elle ne paraît pas cependant avoir eu de maladies graves. Ses parents sont natifs de Paris et sont tout aussi grêles que leur fille; mais si madame N... est grêle de corps, elle est grande d'instruction et d'esprit.

Quoique délicate, cette personne n'en a pas moins été réglée dès l'âge de 13 ans, et a continué de voir jusqu'à son mariage, qui a eu lieu il y a bientôt un an.

La fécondation a suivi de près cette union; mais le 26 novembre 1860, madame N... faisait une fausse couche d'environ deux mois et demi. Il faut remarquer ici qu'on n'a pas pu trouver l'embryon; on a seulement présenté à M. Josias, médecin traitant, un corps que celui-ci a reconnu être le délivre.

La texture seule du placenta suffisait, en effet, pour admettre qu'il s'agissait d'un produit de conception, quand même on n'aurait pas vu l'embryon; mais, à deux mois et demi, l'embryon est assez grand pour ne pas être confondu avec les caillots; et si on ne l'a pas vu, c'est qu'il était très-petit; c'est-à-dire mort bien avant son expulsion.

Le mari de cette dame dit avoir eu des rapports avec elle les 6 et 10 décembre; et six semaines après la fausse couche, madame N... a perdu un petit caillot de sang. Depuis ce moment, les menstrues n'ont plus reparu, et les symptômes d'une deuxième grossesse n'ont pas tardé à se montrer. Une particularité qui a arrêté l'attention de cette dame et de sa famille, est qu'elle a eu de bonne heure un ventre si proéminent qu'on a craint une grossesse double, tandis que cela tenait simplement à la petitesse et à l'inclinaison du bassin, comme tout va le démontrer.

Dans les derniers jours du mois d'août, et les premiers jours de septembre 1861, madame N... a été prise de malaises et a cru qu'elle accoucherait d'un instant à l'autre; mais le vrai travail n'a commencé que le 27 septembre. Nous allons voir bientôt l'enfant, ainsi que le délivre, démontrer par leur volume qu'il s'agissait ici d'une grossesse prolongée. Quelle est donc l'époque à laquelle remontait la fécondation?

Si la date du 27 septembre 1861 était la neuvième époque cataméniale, la fécondation aurait eu lieu après le 27 décembre 1860; mais comme tout dit que la grossesse a dépassé le terme, la fécondation a eu lieu avant le 27 de ce dernier mois. Elle pourrait avoir eu lieu, en effet, le 6 ou le 10 de ce même mois, puisqu'il y a eu des rapports sexuels, et il doit en être ainsi. On ne peut pas croire en effet que ce soit la première grossesse qui ait duré plus de onze mois, et que la fausse couche ait été illusoire, ou qu'il y ait eu expulsion d'un produit, tandis que l'autre aurait continué d'aller à terme, et même dépasser ce temps de deux mois révolus. Il est seulement curieux de constater que la fausse couche, comme l'accouchement, aient eu lieu à la fin du mois, c'est-à-dire à des époques cataméniales correspondantes, et que la fécondation ait suivi de près l'avortement, avant même que la menstruation se fût rétablie.

Le 27 septembre, le travail ayant commencé de bon matin, on a appelé le docteur Josias qui a passé toute la journée auprès de la malade, sans voir le col utérin se dilater complétement, et sans que la tête fœtale soit descendue dans l'excavation. Dans la soirée, les contractions ont diminué d'in-

tensité et se sont même calmées, par suite de la fatigue de l'utérus.

Après minuit, le travail a repris, et la poche s'est rompue spontanément à deux heures; mais les contractions utérines, assez fortes d'abord, ont bientôt faibli, et la dilatation, comme l'engagement, ne se prononçaient pas. M. Josias a essayé d'agir alors par les frictions, il a prescrit à la malade la marche, les efforts volontaires, et voyant, à cinq heures du matin, que les choses en étaient encore au même point, il m'a fait appeler.

J'arrive à six heures et demie auprès de la malade, et je la trouve dans l'état le plus inquiétant. Ses traits expriment une souffrance excessive; elle pousse des cris à soulever tout le voisinage, et quand la douleur vient, elle se livre à des efforts tels que ses yeux semblent vouloir sortir des orbites; son visage ruisselle de sueur; elle demande qu'on la délivre ou qu'on la tue. Le confrère et la famille m'ont donné en quelques mots les renseignements qui précèdent, et la saillie prématurée du ventre, le défaut d'engagement, la dilatation lente du col, auraient suffi déjà à démontrer l'étroitesse du bassin, relativement surtout au volume de l'enfant. J'explore le ventre et je le trouve divisé en deux saillies, dont l'une, à droite, est grande et tendue, c'est l'utérus; l'autre saillie est à gauche, et offre à la fois moins de volume et moins de tension, c'est la vessie. La tension de l'utérus m'empêche de reconnaître, par le palper, la présentation et la position du fœtus, et, l'auscultation faite, il est vrai, trop à la hâte, ne constate pas de pulsations cardiaques. Par le toucher vaginal, je trouve que la tête est encore au-dessus du détroit supérieur, et qu'elle est recouverte d'une bosse sanguine si développée, qu'elle masque toutes les sutures et les fontanelles. Ce gonflement a fini par dilater le col d'une manière presque complète. Les eaux qui s'écoulent sont fortement teintes de méconium, et quoique la malade dise avoir senti depuis peu de temps encore les mouvements de son enfant, je ne puis pas m'empêcher de dire que si cet enfant n'est pas mort, il est au moins très-souffrant.

Les contractions utérines existent encore, et, comme je l'ai dit, la malade les aide par de grands efforts. J'examine,

pendant ces contractions, si la tête fœtale s'avance sous cette impulsion, et je ne la sens pas bouger. J'essaye d'abaisser le plancher avec deux doigts pour voir si la tête suit, et elle reste immobile. Il n'y avait plus à douter, cette tête était arrêtée par le détroit supérieur et non par des parties molles. J'ai essayé de sonder la malade pour diminuer le volume de la vessie; mais la tête fœtale et les pubis pressent tellement sur le col, que la chose est impossible. Je me décide alors à faire une application de léniceps.

Je ne connaissais pas ici la position de la tête de l'enfaut, mais comme mon instrument pousse d'arrière en avant, et qu'il laisse à la tumeur céphalique la faculté de tourner comme le besoin l'exige, je ne me suis pas préoccupé de la position, et ai mis les deux cuillères sur les côtés, comme le font les Allemands.

A la contraction suivante, j'ai commencé les tractions et les ai suivies ainsi, en cessant de tirer à chaque relâchement de l'utérus. Six de ces tractions ont suffi à faire descendre la tête à la vulve. Arrivé ici, j'ai dû retenir cette tête plutôt que je n'ai dû la tirer, et, après avoir ôté tout à fait l'instrument, j'ai fait sortir lentement cette tête par l'extension artificielle. Ma main gauche écartait les bords vulvaires et retenait la tête; ma main droite pressait sur l'espace anopérinéal et sur les côtés, de manière à faire avancer et faire sortir très-lentement la tumeur céphalique.

Cette tête une fois sortie, l'occiput, qui était en avant, s'est tourné à la droite de la femme, ce qui prouve qu'il s'agissait d'une O. J. D. P. Je me suis assuré qu'il n'y avait pas de circulaire de cordon au cou, et voyant que les épaules ne s'avançaient pas promptement, j'ai accroché l'aisselle postérieure, et en tirant dessus, j'ai extrait l'enfant. (Il est sept heures un quart.)

Cette enfant est une fille dont le volume seul (4,480 grammes) suffit à démontrer qu'elle a dépassé le terme. Elle hésite à respirer; mais après que j'ai fait saigner le cordon et que j'ai employé des excitants à la peau et aux orifices muqueux, elle finit par reprendre et crier.

La délivrance a été opérée dix minutes après, moyennant quelques petites tractions sur le cordon; et avant de remettre

la femme sur le lit de repos, j'ai vidé la vessie par le cathétérisme. Les assistants ont été surpris de la quantité des urines rendues, sachant que la malade urinait ou faisait semblant d'uriner à chaque instant pendant le travail.

Je serre le ventre de la malade à l'aide d'une ceinture; je lui administre deux grammes de seigle et abandonne le reste au confrère. Mais avant de faire jeter le délivre, je l'examine avec soin, et voici ce qu'offre le placenta :

Le volume considérable de cet organe, quoiqu'il soit dégorgé de sang, puisqu'on n'a pas fait de ligature sur le cordon, ce volume est proportionnel au volume fœtal, et confirme l'opinion d'une grossesse prolongée. A la surface fœtale, on observe un amas fibrineux ou de tissu de la caduque, ayant 5 centimètres de long sur 3 de large. A la surface utérine, au contraire, on voit que le placenta offre des incrustations calcaires multipliées, qui divisent cette face en îlots ou coty'édons. Ces incrustations, cependant, laissent intact le tissu parenchymateux de l'organe.

A huit heures et demie, j'ai pris congé de la malade, et elle avait si bien repris, qu'elle m'a décoché quelques traits d'esprit.

Les suites de couches ne paraissent pas avoir offert de la gravité, et la malade avait fini par se remettre, tout en donnant le sein à son enfant. Ce qui l'a fatiguée un peu a été la sensibilité persistante des organes génitaux, les gerçures au sein, qui ont fini par provoquer des abcès et, un mois après l'accouchement, des tranchées utérines presque aussi vives que les douleurs pour accoucher.

C'est pour tous ces petits accidents qu'on me fait appeler le 28 octobre. A mon arrivée, je trouve le sein droit gercé offrant un abcès; aussi je fais suspendre tout à fait l'allaitement. J'examine les organes génitaux, et je trouve que, malgré mes précautions, la fourchette avait été entamée, ce qui est rare dans ma clientèle, même pour les primipares; mais la petite plaie a été bientôt cicatrisée avec des lotions de vin tiède. Quant aux tranchées occasionnées par la congestion cataméniale, quoiqu'il n'y ait pas d'écoulement de sang, je les ai fait cesser avec des lavements laudanisés.

L'enfant venait bien; elle avait seulement sur une joue un

nævus que les astringents n'ont pas pu détruire, et M. Guersant a dû y appliquer les aiguilles. Pendant que cette enfant venait bien au sein d'une nourrice, la santé de madame N... faiblissait, et des chagrins domestiques, puis une tuberculisation pulmonaire, ont fini par ruiner sa santé. Cette pauvre dame a succombé en 1864, dans le marasme.

OBSERVATION CCLXII.

Primipare. — Les émanations substantielles et leurs effets sur l'économie. — Le tempérament sanguin offre-t-il des avantages ou des inconvénients pour la vie utérine? — La pléthore générale et locale pendant la grossesse. — La congestion cataméniale et ses effets pendant cet état. — Menaces d'avortement. — Différences pour la cause et le traitement. — On a tantôt abusé et tantôt trop repoussé les saignées pendant la grossesse. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale heureux pour la mère et l'enfant.

Madame C. est une charcutière établie à Paris depuis quelques années, rue Taitbout. Agée de 24 ans, petite de taille mais carrément bâtie, cette dame est devenue surtout replète depuis qu'elle fait la charcuterie. Il est vrai de dire aussi qu'elle est d'un tempérament sanguin et qu'elle n'a jamais été malade.

J'ai fait remarquer dans d'autres observations ce fait, presque constant, de voir les marchands de spiritueux, les bouchers et les boulangers avoir presque tous un embonpoint qu'on ne trouve pas dans la généralité des autres états. Si la chose avait lieu chez les cuisiniers seulement, on pourrait dire qu'ils prennent pour eux les meilleurs morceaux, tandis que la chose n'est guère possible dans les autres cas. C'est ce qui m'a fait penser qu'outre la vie sédentaire et le bien-être il devait y avoir aussi des émanations substantielles qui étaient la cause de l'embonpoint et que la chimie n'a pas encore dévoilées.

Réglée à 14 ans, Mme C. a continué de voir depuis tous les mois, pendant quatre jours. Mariée à 22 ans, elle a passé plus d'un an sans devenir enceinte, enfin elle a vu apparaître pour une dernière fois ses règles du 8 au 10 janvier 1861, et c'est de ce moment que date la présente grossesse.

A part les indispositions légères de cet état, Mme C. n'avait

pas souffert, mais le 10 juillet, sans cause appréciable, elle a été prise dans la nuit de douleurs vives dans le bas ventre, et le 11 elle me fait appeler.

A ma visite je constate que l'utérus, gros comme à six mois environ, est tendu et douloureux à la pression. J'attends un instant pour savoir si cette tension douloureuse est l'effet d'une contraction, mais l'effet persiste. De plus il y a des envies fréquentes d'uriner, la femme ne perd pas de sang, mais des mucosités abondantes depuis deux ou trois jours, il y a des nausées qui vont presque jusqu'aux vomissements sans diarrhée; le pouls est assez fréquent sans qu'il y ait ni chaleur, soif ou céphalalgie annonçant la fièvre. Après avoir passé quelques instants auprès de la malade, je m'aperçois que de temps à autre l'utérus devient douloureux sans qu'on y touche, et alors il est encore plus tendu. En un mot, il y a des contractions utérines et menace d'avortement.

A quelle cause pouvait-on rapporter cette menace pour l'attaquer plus directement? Il fallait élaguer ici les causes accidentelles, physiques ou morales, dont l'interrogatoire ne trouvait pas de traces. L'enfant vivait encore, comme j'ai pu m'en assurer par l'auscultation pratiquée avec ménagement. Il ne restait donc de causes sérieuses pour expliquer une si brusque menace que le rhumatisme utérin ou la congestion.

Le rhumatisme a été bientôt écarté, sachant que la malade n'avait jamais eu de douleurs rhumatismales, qu'elle ne s'était pas exposée à des refroidissements et qu'elle n'avait pas de fièvre. C'est donc à la congestion utérine qu'il fallait croire.

En effet, la grossesse seule en développant les tissus utérins entretient dans l'organe gestateur une masse considérable de sang, de sorte que pour peu que par une cause quelconque on augmente cette masse, l'utérus surchargé peut être le siége d'hémorrhagies locales, ou se contracter jusqu'à expulser le produit. Les femmes les plus grêles en apparence ne sont pas exemptes de ces congestions.

Ici le tempérament sanguin rendait la chose encore plus facile : à la pléthore locale il fallait ajouter la pléthore générale; mais il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi, et l'observation clinique prouve que les femmes au tempé-

rament sanguin le plus prononcé ne sont pas celles qui ont le plus de règles, le plus de congestions utérines, ni le plus d'avortements par suite d'hémorrhagies internes.

Les symptômes qu'on vient de lire et l'état général de la malade étaient pour la congestion, mais encore fallait-il savoir pourquoi cette congestion arrivait à ce moment plutôt qu'à un autre, ne trouvant rien d'accidentel pour l'expliquer.

Cette cause était le nisus cataménial qui continue pendant la grossesse, et qui serait difficilement expliqué par ceux qui veulent une ovulation à chaque époque menstruelle.

Cette congestion mensuelle n'a pas échappé aux femmes enceintes qui se trouvent souffrantes à cette époque plutôt qu'en d'autres temps, et elles appellent souvent cela l'entrée du mois. Ces congestions se font souvent sans symptômes bien marqués; d'autres fois, au contraire, elles sont très-douloureuses. J'ai observé même des femmes, chez qui il y avait alternative d'une congestion douloureuse, et d'une autre peu ou pas pénible. Chez un plus grand nombre, comme nous le voyons ici, une seule des neuf congestions est bien plus marquée que les autres, et elle peut aller assez loin pour produire ou des hémorrhagies internes ou l'expulsion prématurée du produit.

La congestion cataméniale était démontrée ici par l'exclusion de toute autre cause et par l'époque exacte de son arrivée. Que devais-je faire?

S'il s'agissait d'une menace légère, je me serais contenté d'engager la femme à rester au lit pendant deux ou trois jours, en attendant que la durée de la congestion cataméniale eut disparu. En effet, cela a suffi souvent à soulager les malades, et l'on a attribué à des remèdes employés un effet tout naturel. D'autres fois, c'est une hémorrhagie externe qui arrive spontanément, et loin d'effrayer le médecin, elle doit le rassurer. Les femmes, dans ces cas, sont soulagées aussitôt, et l'hémorrhagie s'arrête sans qu'on n'y fasse rien.

Il ne faut pas cependant compter toujours sur un résultat spontané aussi favorable, et dans la crainte d'accidents comme il y avait menace ici, j'ai prescrit, outre le repos au lit, des sinapismes aux bras, des cataplasmes laudanisés sur

le ventre et huit à dix gouttes de laudanum dans un quart de lavement.

Ces moyens simples ont détourné si bien la congestion que a mala e n'a plus souffert dans la nuit. A ma visite du 12, la malade est soulagée au point qu'elle voudrait se lever si je ne l'en empêchais pas. L'utérus cette fois n'est plus tendu, à peine est-il sensible sous la pression. Le fœtus qui ne faisait plus sentir ses mouvements ou il les rendait douloureux, se meut maintenant sans que la mère ressente de douleur. La menace de l'avortement a disparu comme par enchantement.

Si j'avais employé de grands moyens tels que le bain, la saignée ou autre chose de ce genre, je leur aurais attribué cet effet, et je n'aurais pas craint de saigner cette femme si la menace d'avortement eut continué, mais la chose n'a pas été nécessaire. On a grandement abusé du reste de ce moyen en le prescrivant par précaution ou pour des congestions légères, en le repoussant, même pour les congestions utérines graves ou en le pratiquant pour toute menace d'avortement, que l'œuf et l'utérus fussent sains ou non, que l'expulsion fût ou non sous la menace d'une cause générale ou locale autre que la congestion : c'est ce qui fait que l'avortement arrive souvent malgré la saignée, et je ne sais même pas si dans quelques cas il n'est pas précipité par ce moyen.

Mme C... depuis ce moment est allée de mieux en mieux et n'a même plus eu de congestion utérine douloureuse malgré sa santé florissante. Elle est allée dans le dernier mois de sa grossesse à la campagne auprès de sa mère, et là l'accouchement s'est fait le 8 octobre, c'est-à-dire à la neuvième époque cataméniale, comme d'habitude. Tout paraît s'être bien passé pour la mère et l'enfant.

OBSERVATION CCLXIII.

Pluripare. — Le rachitisme sans déviation des membres. — La profession a-t-elle une influence sur les diverses formes du bassin? — Résultats variés pour les accouchements que peut offrir un bassin vicié. — A sept centimètres et demi dans le diamètre antéropostérieur l'accouchement peut être quelquefois spontané, mais jamais physiologique. — Travail pénible quoiqu'un peu prématuré. — Ce que signifie la poche en boudin. — Abus dans l'administration du seigle. — La bosse

sanguine considérée au point de vue de l'intervention. — Leniceps, avantages de cet instrument.—Différence importante entre la tête fixée et non fixée.— Un signe nouveau du rétrécissement du détroit supérieur du bassin. — La tête hors de la vulve avant la descente des épaules dans l'excavation. — Naissance d'un garçon vivant. — Ce que signifie la respiration plaintive. — Rétablissement de la femme sans accidents.

Le 10 décembre 1861, j'ai été appelé, à huit heures trois quarts du matin, auprès d'une sage-femme de la rue Montmartre, où se trouvait en mal d'enfant Madame M...

Cette dame, native de la Haute-Saône et habitant Paris depuis son enfance (barrière de la Santé, rue Hélène), est une fleuriste, âgée de 31 ans, d'une taille au-dessous de la moyenne, d'une constitution saine et d'un tempérament lymphatico-sanguin. Elle n'a marché qu'à l'âge de deux ans, preuve à peu près certaine de rachitisme; mais cependant ses membres sont droits. Nous verrons plus loin que le bassin est fortement vicié malgré cela; ce qui prouve combien cette enceinte osseuse peut se ressentir du rachitisme, indépendamment des membres. L'état de fleuriste, où la personne est toujours assise, a-t-il pu influer sur la viciation du bassin?

Cette question, qu'on n'a pas encore étudiée, a cependant son importance, et quoiqu'ici le rachitisme ait pu vicier le bassin avant l'influence de la profession, il est cependant des cas où cette influence est très-marquée. Cela a lieu surtout lorsque la profession est exercée dès le jeune âge, ou que le bassin se ramollit à l'âge adulte. On peut donc dire que le rachitisme et la profession se sont ajoutés peut-être pour vicier le bassin chez Madame M...

Réglée à 14 ans, cette femme a continué de voir tous les mois pendant huit jours, et en avançant chaque fois de trois à quatre jours. Mariée à 25 ans, elle est devenue enceinte au bout de deux mois. La grossesse a été très-pénible à cause des vomissements qui ont duré presque tout le temps, et l'accouchement est arrivé à terme. L'enfant, qui était un garçon, est né vivant au bout de treize heures d'un travail très-douloureux, mais sans aucune intervention. Peut-être le défaut d'alimentation avait empêché cet enfant de se développer comme il l'aurait fait sans cela; mais il faut savoir ici que, quoiqu'offrant sept centimètres et demi dans le dia-

mètre antéro-postérieur du détroit supérieur, ce bassin a pu permettre le passage un peu difficile de la tête, si elle était placée transversalement. Doit-on dire que, quoique spontané, cet accouchement a été physiologique, et surtout qu'il doit encourager l'expectation en pareil cas? La suite va dire que non.

Après un an de vacuité, Madame M... a une deuxième grossesse qui se termine à quatre mois, avec naissance d'un fœtus mort. La troisième grossesse a commencé dix-huit mois après cet avortement, et elle a été si pénible, que la malade était devenue excessivement faible. Le travail, qui est arrivé à terme, a commencé le 23 juillet 1859, à huit heures du matin, et s'est terminé le lendemain à trois heures après minuit. Les eaux s'étaient écoulées le 23, à dix heures du matin; et voyant, malgré les fortes douleurs, que le travail ne se terminait pas, on fit une application de forceps. L'enfant, qui était une fille assez grêle, est née morte. La mère, après quinze jours de maladie, finit par se remettre.

Après deux ans de vacuité, est arrivée la présente grossesse, qui est la quatrième, et qui a été moins maladive que les autres, quoique Madame M... ait eu des peines morales. Tout ce qu'elle a ressenti de plus pénible est la recrudescence d'une douleur dans l'aine gauche, allant vers la jambe correspondante, douleur qui date de la première grossesse.

Les règles avaient apparu, pour la dernière fois, du 15 au 23 février 1861, ce qui portait la neuvième époque cataméniale entre le 15 et le 23 novembre de la même année. C'est cependant le 9 de ce dernier mois que le travail a commencé, peut-être à cause de l'avance habituelle que prennent les menstrues chez cette femme. Les douleurs ayant commencé après minuit, cette malade s'est rendue chez la sage-femme à cinq heures du matin. Le travail a marché la journée du 9, et la poche s'était tellement développée, au dire de la sage-femme, qu'elle paraissait à l'extérieur, et, à quatre heures de l'après-midi, elle s'est rompue spontanément.

La poche en boudin, comme on l'a appelée, peut avoir deux significations : ainsi il arrive, même avant terme, que le

chorion se déchire sous l'influence des contractions utérines et que la membrane amnios reste intacte. Cela a lieu surtout lorsque la poche amnio-choriale persiste à une époque avancée de la grossesse, comme je l'ai démontré ailleurs. La poche, qui est alors poussée au dehors, est uniquement formée par la membrane amnios. L'autre cas où la poche enboudin a lieu est celui où le détroit supérieur ne permettant pas l'engagement de la partie fœtale, les contractions décollent les membranes et les poussent ensemble à travers le col, jusqu'à les faire arriver à la vulve. Une condition est alors nécessaire, c'est que le sac fœtal soit assez relâché pour se prêter à ce résultat. La chose n'est pas possible avec beaucoup d'eaux amniotiques.

La rupture de la poche, chez Madame M..., a fait renforcer les contractions, mais sans profit pour l'engagement; et, croyant obtenir mieux, la sage-femme a administré à la malade un gramme d'ergot de seigle. Loin d'avancer, le travail, malgré le seigle, a fini par se ralentir dans la nuit, et c'est dans cet état qu'étaient les choses, quand on m'a appelé le 10, à huit heures trois quarts du matin.

A mon arrivée, je trouve la femme exténuée de fatigue. Le fœtus, quoiqu'offrant encore des pulsations cardiaques, est si serré par l'utérus, qu'à peine si le palper me permet de reconnaître une première position O. J. G. A. La tête fœtale est encore au-dessus du détroit supérieur, quoique la forte bosse sanguine qui la recouvre semble faire croire qu'elle commence à plonger dans l'excavation.

Que devais-je faire? L'état seul des choses, sans les renseignements, aurait suffi à démontrer qu'un obstacle arrête la tête depuis plusieurs heures, et que la nature est désormais impuissante à le surmonter. Il fallait recourir au léniceps.

Ceux qui se contentent de parler sans raisonner, et surtout sans expérimenter, ont dit souvent que mon léniceps est trop court pour être appliqué sur le détroit supérieur. Le cas présent, après tant d'autres, suffirait à démentir ces assertions ; mais cet instrument a offert d'autres avantages ici. La tête, quoique non engagée à travers le détroit, y avait été fixée et pour ainsi dire moulée par les contractions utérines. C'est là un avantage immense, parce qu'on est à peu près sûr que

l'accommodement présent est le plus facile que puissent offrir la tête et le bassin. Détruire cet accommodement, c'est se créer mille difficultés. Or, comment ne pas le détruire avec les forceps ordinaires? Avec ces instruments, on aurait pu sans doute se contenter de mettre les branches sur les côtés et saisir la tête, qui était transverse, par le front et l'occiput; mais la déformation du bassin ne permettait pas cela. Ainsi, après que j'eus introduit les deux cuillères de mon instrument, j'ai vu les manches être si peu parallèles, qu'avec un forceps ordinaire on n'aurait pas pu opérer l'articulation sans déplacer la tête fœtale, c'est-à-dire sans produire un véritable accident. On me répondra ici qu'une fois saisie, on aurait pu la remettre dans la position précédente; mais c'est là de la théorie que la pratique la plus habile ne peut réaliser. Avec mon lénicéps, je n'ai pas eu à me préoccuper de cela. J'ai reconnu que chaque cuillère avait bonne prise, et que, quoique sans parallélisme, je pouvais articuler les manches à demi pour tirer dessus à la première contraction utérine. Cette première traction, en effet, a fait fixer encore plus la tête, et mon instrument s'est mieux articulé. A la deuxième traction, la tumeur céphalique est descendue dans l'excavation; mais cette descente a été si brusque qu'elle a fait un bruit sensible, même pour les assistants. On aurait dit que quelque chose de résistant s'était déchiré, ou que l'instrument avait lâché prise. C'était tout bonnement le passage de la tête à travers le détroit supérieur, rétréci beaucoup plus que l'excavation. Si j'avais exercé des tractions excessivement violentes, comme j'ai vu les faire en s'y mettant à deux et trois personnes, nul doute que la tête n'eut franchi la vulve avec violence, et n'eut produit des déchirures. Voilà un signe de plus des rétrécissements du bassin, et quoiqu'il soit tardif, il n'en est pas moins bon à signaler.

Une fois arrivée dans l'excavation, la tête a été poussée par les efforts volontaires, et j'ai dû la retenir, après avoir retiré l'instrument. J'ai fait sortir cette tête à l'aide de l'extension artificielle opérée lentement par des pressions sur l'espace ano-coccygien, en même temps que je faisais chevaucher sur elle les bords de la vulve.

Une fois sortie, cette tête est restée tellement enfouie dans

le sillon ano-vulvaire, que cela seul suffirait à prouver le non-engagement des épaules à travers le détroit supérieur et la souffrance de l'enfant ; aussi, sans perdre de temps, j'ai glissé les deux doigts explorateurs jusqu'à l'aisselle gauche, que j'ai accrochée, et après l'avoir fait descendre dans l'excavation, je l'ai portée en arrière pour faire la rotation des épaules ; enfin, j'ai dégagé le bras correspondant, et le dos de l'enfant est ainsi sorti à travers la vulve. On croirait que le reste est sorti tout seul ; mais loin de là. J'ai dû tirer sur l'enfant avec force pour que son bassin ait pu traverser le détroit supérieur du bassin de la mère, quoique cet enfant soit un garçon de volume ordinaire (3,300 grammes). Il naît dans un état de mort apparente, et, du reste, la sortie du méconium, avant comme après l'enfant, indiquait la souffrance de celui-ci ; mais, à l'aide de quelques excitations, la respiration s'est assez bien établie.

La délivrance est opérée presque immédiatement, quoique le délivre soit flasque et exsangue, sans doute parce qu'on n'a pas fait de ligature sur le cordon. Placenta sain.

Après que tout a été bien fini, j'ai voulu avoir une idée exacte du rétrécissement du bassin, et, après la menstruation, j'ai reconnu que, déduction faite, il y a 7 centimètres 1/2 dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du pelvis. Suivant mon habitude, je n'ai pas quitté la femme sans lui avoir administré un gramme de seigle ergoté et sans lui avoir serré le ventre avec une ceinture. L'enfant, quoique respirant et avalant bien, a cependant une respiration plaintive qui indique de la souffrance. Il est confié au soin d'une nourrice de la campagne, et je ne sais pas ce qu'il est devenu après. La mère a guéri sans accidents graves.

OBSERVATION CCLXIV.

Primipare. — La petite taille et les rétrécissements du bassin (6 centimètres et demi) sans rachitisme. — Grossesse heureuse et prolongée, comme effet de ce rétrécissement. — Caractères qu'offre la dilatation du col dans ces cas. — Réduction céphalique par manœuvres externes. — Rupture involontaire des membranes — Prolapsus du cordon ombilical. — Causes multiples de cette chute. — Faut-il dans ces cas faire la version podalique ou appliquer le forceps? — Déformation de la tête fœtale. — Léniceps appliqué au détroit supérieur.

— Tractions possibles sans une articulation complète de cet instrument. — Naissance d'un garçon déjà ramolli. — Rétablissement de la mère sans accidents.

Le 24 novembre 1861, j'ai été prié par mon confrère, le docteur Duhamel, de lui venir en aide pour accoucher Madame D..., faubourg Montmartre, laquelle offrait les particularités dont il va être question.

Cette dame, âgée de 26 ans, est une femme de ménage de petite taille, quoique non rachitique. Elle est d'un tempérament nerveux et d'une constitution sèche, mais saine.

Mariée le 26 janvier dernier, elle a eu ses règles pour la dernière fois du 12 au 14 février 1861. Sa grossesse a été très-heureuse, et Madame D... a même gagné de l'embonpoint et de la fraîcheur. Elle attendait son accouchement vers le milieu de novembre, et jusque là son enfant s'était bien fait sentir. A cette même époque, il y a eu des malaisse qui ont fait croire au travail, mais M. Duhamel, ayant été appelé, a trouvé le col utérin long, et la tête fœtale à peine accessible par le toucher vaginal. Cette tête se tenait dans la fosse iliaque droite. Aussi M. Duhamel l'a repoussée sur le centre du détroit par des manœuvres externes.

Les vraies contractions n'ont commencé que le 23 novembre, à dix heures du matin, c'est-à-dire à près de neuf mois et demi après la dernière menstruation. On pourrait croire ici que la fécondation ayant été tardive, l'accouchement l'a été aussi, mais il faut savoir que le retrécissement même du bassin explique souvent ce retard, comme je l'ai décrit longuement dans d'autres observations.

Appelé dans l'après-midi le 23, M. Duhamel a constaté cette fois que le travail était vrai, mais que la tête se tenait toujours vers la fosse iliaque droite. Il l'a encore repoussée vers le centre du détroit, mais sans plus de succès pour la dilatation du col et pour l'engagement fœtal. A huit heures du soir, pendant que le confrère pratiquait le toucher vaginal, la poche des eaux s'est rompue, et une quantité considérable d'eau s'est écoulée. Enfin, à minuit et demi, une anse de cordon a commencé à paraître au col, et s'est agrandie de plus en plus par la suite.

Connaissant le rétrécissement du bassin, M. Duhamel au-

rait voulu appliquer le forceps, mais il trouvait la tête encore trop élevée. Il a été sur le point de pratiquer la version podalique, mais il a hésité encore, craignant des difficultés pour faire descendre la tête en dernier lieu. Malgré les assurances de la mère sur les mouvements de l'enfant, du reste, notre confrère avait pressenti la mort de ce dernier, car le cordon ne battait pas.

Dans l'espoir de voir les contractions utérines se renforcer, M. Duhamel attend toute la nuit; mais, au lieu de se renforcer, ces contractions se ralentissent. Le 24, au matin, il trouve le col un peu plus dilaté, sans pour cela que l'engagement soit plus prononcé. Il fait donner un bain général, et, ne voyant pas les choses se modifier, il me fait appeler.

Nous sommes arrivés à trois heures et demie de l'après-midi auprès de la malade, et nous l'avons trouvée aussi fatiguée au physique qu'effrayée au moral. Je pratique le toucher, et je trouve une dilatation du col presque complète. La partie fœtale qui se présente est une tumeur un peu molle, et c'est seulement en cherchant profondément que l'on sent des parties osseuses au-dessous des parties charnues. De prim abord, il était impossible de dire s'il s'agissait d'une présentation céphalique, faciale ou pelvienne fortement défor mée par la bosse sanguine. Ce n'a été qu'en cherchant minutieusement que j'ai distingué le bord tranchant d'un pariétal aussi, en le suivant, j'ai pu avoir une idée des sutures et des fontanelles. Il s'agit d'une première position du vertex O. J. G. A. Le chevauchement des os, la mollesse du cuir chevelu et l'odeur fœtide qu'avait mon doigt une fois retiré m'ont fait voir que l'enfant était mort depuis longtemps, comme l'avait reconnu le confrère.

La mort fœtale, le ramollissement céphalique et le travail prolongé n'avaient pas, du reste, contrarié l'accouchement, ici surtout, où nous avions affaire à un rétrécissement absolu du bassin. Tout cela avait permis à la tête de s'amoindrir et de se fixer sur le détroit supérieur, enfin il nous a permis d'avoir l'enfant sans employer l'embryotomie.

Après avoir fait placer la malade sur le bord du lit, avoir fait redresser le fond utérin et relever l'anse ombilicale, j'ai appliqué mon léniceps. Fallait-il préférer la version podali-

que? C'eut été se créer volontairement des embarras, quoi qu'on en ait dit; car, lorsqu'on fait cette opération avec un rétrécissement, il arrive souvent que l'engagement de la tête est impossible, et alors la céphalotripsie est très-difficile; et si on sépare la tête du tronc, il est encore plus difficile de saisir cette tête. J'ai donc préféré mon léniceps à la version podalique.

Grande a été la surprise de M. Duhamel, comme de tant d'autres confrères, de me voir employer cet instrument pour le détroit supérieur, tandis qu'on lui trouve les branches si courtes; mais, ici comme dans bien d'autres cas pareils, il a suffi pourtant, et là surtout, où la tête était déjà fixée sur le détroit. Les deux branches une fois introduites, j'ai essayé de les articuler, mais la chose a été impossible, au moins d'une manière complète. Mais comme les tractions sont possibles avec cet instrument, malgré cela, j'ai profité de la première contraction utérine pour commencer à tirer sur la tête. Cinq de ces tractions ont suffi à faire descendre cette tête dans l'excavation.

Arrivé ici, j'ai pu articuler tout à fait le léniceps et amener bientôt la tête à la vulve. Pour ménager cette dernière ouverture, j'ai fait l'extension artificielle avec tant de soin, que la tête est sortie au dehors sans même entamer la fourchette. Il m'a fallu aller chercher les bras et tirer même assez fortement, pour avoir le tronc fœtal.

Cet enfant est un garçon presqu'aussi développé qu'à terme (2,930 gram.). Les chairs molles et l'absence de raideur cadavérique indiquent que la mort date déjà de quelques jours.

Sans désemparer, j'ai exercé de légères tractions sur le cordon, long de plus d'un mètre, et j'ai extrait le délivre. J'ai ensuite mesuré le détroit supérieur, et j'ai trouvé sept centimètres et demi, ce qui, après la réduction, met ce diamètre à six centimètres et demi. Il est vraiment heureux qu'un enfant près du terme soit né mort et ramolli, car l'accouchement n'aurait pas eu lieu avec l'enfant vivant; aussi je conseille à la malade de se faire accoucher prématurément, si par hasard elle devient encore enceinte.

En attendant, j'ai fait donner deux grammes de seigle à la

malade, je lui ai serré le ventre avec une ceinture, et ai confié le reste à M. Duhamel.

Le 25 du même mois, le mari de Madame D... venait me remercier et m'annoncer que la malade allait fort bien.

OBSERVATION CCLXV.

Multipare. — Plusieurs accouchements avant terme. — Les insertions du placenta sur le col n'arrivent que chez les multipares. — Ces insertions peuvent permettre à la grossesse d'aller jusqu'au neuvième mois. — Diagnostic possible avant l'hémorrhagie. — Caractères de cette hémorrhagie. — Peut-on espérer de la voir se suspendre avant le travail? — Accouchement forcé. — Version podalique. — Mort de l'enfant avant l'opération. — Mort de la mère après, malgré l'emploi des meilleurs corroborants. — Conséquences pratiques.

Le 26 novembre 1861, j'ai été appelé à six heures et demie du matin par M. le docteur Milon, pour aller rue de l'Ecole-de-Médecine, auprès de Madame C..., laquelle était dans un état alarmant.

Cette dame est une ménagère âgée de 40 ans, d'une taille au-dessous de la moyenne, et d'une bonne santé. Native du Lot, elle est venue habiter Paris, où elle s'est mariée, et a eu déjà cinq enfants, mais tous venus avant terme; aucun ne vit.

Enceinte pour la sixième fois, elle avait pour médecin ordinaire M. le docteur Landry, et comptait accoucher à l'époque actuelle, lorsque, le 15 septembre, elle a été prise d'une légère hémorrhagie utérine. Consulté pour cela, M. Landry a ordonné le repos et l'emploi de quelques astringents locaux et généraux, ce qui a suffi à suspendre l'écoulement.

Peu de temps après, la perte a reparu et les mêmes moyens semblaient l'arrêter encore, mais pour peu de temps; et c'est ainsi que l'écoulement a duré jusqu'au 20 novembre. Dans cette journée, le sang a coulé plus abondamment encore, et les moyens précédents employés avec encore plus de persistance n'ont pas pu l'arrêter. Le travail n'a commencé que la nuit du 25 au 26 novembre.

Une sage-femme est appelée auprès de la malade, mais, le cas étant grave, on appelle M. Landry.

Celui-ci, après avoir pratiqué le toucher vaginal, a reconnu qu'il ne se présente pas de partie fœtale, et quand il a voulu démêler les caillots de ce qui se présentait, le sang a coulé encore plus à flots ; aussi, il a suspendu ses investigations, et fait appeler le plus voisin de ses confrères, le docteur Milon.

Celui-ci n'essaye même pas d'agir, car la malade est exangue, et vient m'appeler en toute hâte.

Le travail avait commencé à minuit, et c'est à six heures et demie du matin que je suis appelé auprès de cette femme. Je la trouve pâle, froide, avec les traits tirés, et dans une agitation extrême, quoi qu'elle n'ait presque plus la connaissance de ce qui se passa autour d'elle, à peine si on perçoit encore les pulsations de l'artère radicale. Des quantités énormes de sang ont inondé le lit, qui en est traversé malgré le linge qu'on a changé.

Je pratique le toucher vaginal, et je trouve les voies obstruées par des caillots que j'extrais jusqu'à ce que j'aie pu franchir le col. Là j'ai trouvé le placenta appliqué contre l'orifice interne, comme M. Landry l'avait soupçonné, et comme tout l'avait fait pressentir. L'enfant ne donne aucun signe de vie à l'auscultation, quoique la malade ait dit en avoir perçu les mouvements jusqu'à la veille.

J'ai alors appelé à l'écart mes deux confrères, ainsi que le mari de la malade, et je leur ai fait sentir toute la gravité de la situation. L'enfant est mort, et la femme, leur ai-je dit, est agonisante, on peut tenter l'extraction de l'enfant, mais il sera trop tard, il pourrait même se faire que la malade expirât pendant l'opération.

Malgré ces risques, nous avons été unanimement de l'avis de faire l'accouchement forcé. Ici l'utérus était dans un état de rétraction permanente, et le col encore incomplétement dilaté, mais assez ramolli pour faire espérer qu'il serait franchi. On ne pouvait pas recourir au chloroforme avec une anémie extrême, aussi je me suis mis à l'instant à même de pratiquer l'accouchement. Pour cela, la main gauche étant appuyée sur le fond utérin, j'ai introduit la droite dans le vagin, en glissant les doigts l'un après l'autre, et le pouce en dernier lieu sur les quatre autres, disposés en

gouttière. L'orifice externe du col est assez dilatable pour se prêter à l'introduction de mes doigts, mais l'orifice interne résiste assez. Ce n'est pas une contraction passagère où la période de relâchement permettrait facilement le passage de la main, c'est une rigidité naturelle, peut-être même une contraction permanente qui laisse bien passer mes doigts, mais non la partie métacarpienne de la main, qui est la plus volumineuse. Si j'ai voulu franchir cet obstacle sans pratiquer des débridements, ce qui nous aurait retardé encore, il m'a fallu faire la main en fuseau et forcer le passage en exécutant un mouvement de vrille. Ce mouvement sur l'utérus immobilisé avec la main externe m'a permis de pénétrer dans sa cavité.

Cela fait, j'ai détruit les adhérences placentaires en me dirigeant à droite de la femme et en arrière, jusqu'à ce que je sois arrivé aux membranes que j'ai rompues aussitôt. Je suis d'abord tombé sur un bras que j'ai écarté, et comme la tête est à gauche, je suis allé à droite et en arrière, où j'ai saisi un pied (le droit).

Le mouvement d'évolution, facilité par la main à l'extérieur, a bientôt amené le bassin dans l'excavation. La sortie du tronc a été assez difficile, parce que le dos ne pouvait pas être ramené en avant en agissant seulement sur la cuisse déjà sortie. Il m'a fallu aller jusqu'à saisir solidement le bassin fœtal et accrocher l'aine gauche pour être maître de la rotation et de l'extraction du tronc. J'ai dégagé le bras droit pour faciliter l'engagement des épaules, puis j'ai dégagé le bras gauche, mais la tête restait toujours au-dessus du détroit supérieur.

J'ai fait alors des tractions sur le cou; mais si j'ai voulu obtenir la descente de cette tête, il m'a fallu accompagner ces tractions par une pression faite à travers les parois abdominales. La sortie de la tête à travers la vulve a été assez facile. L'enfant est un garçon de moyen volume (3,200 grammes), qui n'offre aucun signe de vie.

Je délivre immédiatement la malade pour couper court à l'hémorrhagie, et après avoir frictionné l'utérus pour le faire revenir sur lui-même, nous nous occupons tous de la malade pour tâcher de relever ses forces.

L'opération n'avait duré que quelques minutes, et si la douleur avait été vive, elle avait été au moins de courte durée ; mais c'est que la malade était arrivée à la période extrême des hémorrhagies, et pendant l'opération elle avait eu même une syncope.

Nous la couchons de manière à mettre, la tête plus bas que les membres inférieurs et le tronc. L'un administre du vin chaud mêlé avec de l'eau-de-vie, un autre place des bouteilles d'eau chaude autour du corps, un autre frictionne les membres et le tronc avec des linges chauds, moi-même j'excite les mouvements respiratoires par des frictions et des pressions thoraciques ou précordiales; enfin le pouls, qui n'était plus perceptible, semble se faire sentir aux temporales et aux radiales. La respiration elle-même semble se ranimer, mais pour un instant seulement. La malade retombe dans un affaissement général qui se prononce de plus en plus, malgré nos efforts prolongés; la respiration se ralentit de nouveau et s'embarrasse; le pouls s'en va et quelques mouvements convulsifs précèdent la mort, qui a lieu sous nos yeux à huit heures et demie.

L'utérus, pendant ce temps, était parfaitement revenu sur lui-même, et il n'avait plus coulé de sang après la version. Pour plus de précaution, j'avais fait même administrer 2 grammes de seigle ergoté après la version; mais tout cela ne rendait pas le sang perdu. Fallait-il opérer la transfusion? Sans doute, si tout avait été prêt, on aurait pu la tenter, et dans une clinique il suffit d'un ordre pour que tout soit sous la main; mais en ville, avant d'avoir tout réuni, le temps de son emploi passe sans retour.

Ce n'est donc pas aux derniers moments qu'il faut se cramponner pour parer aux accidents qu'offrent les cas de ce genre, mais bien au début.

Le diagnostic de l'insertion vicieuse du placenta pourrait être établi, à la rigueur, par le toucher vaginal avant que l'hémorrhagie apparaisse, mais on n'y prend pas garde. Dès que le sang coule, le diagnostic devient indispensable pour surveiller la femme de près. La lenteur et la faiblesse de l'hémorrhagie, loin d'éloigner l'appréhension et de faire compter sur les moyens hémostatiques internes ou exter-

nes, ces signes doivent éveiller l'attention, car la femme perd toujours trop de sang avant le travail, sachant que le travail même emmène une perte abondante inévitable. Le tampon peut opposer un moyen mécanique à l'écoulement et provoquer les contractions; enfin l'accouchement forcé, dès que le col est dilatable opéré à l'aide de la main ou avec quelques débridements, voilà la meilleure ligne de conduite avant que la femme ait perdu beaucoup de sang. Cette pratique est la plus sûre pour sauver la mère, et même pour sauver quelquefois l'enfant. Il est fâcheux que l'expectation ou le simple décollement artificiel du délivre comptent quelques partisans, tels que Simpson. Ces moyens jettent la timidité et l'hésitation dans quelques esprits, et sont on ne peut plus funestes pour les mères et pour les enfants qui se trouvent dans les circonstances malheureuses que je viens d'indiquer.

Il y a quelques mois à peine (1837) un accoucheur de Paris, après avoir laissé trop affaiblir sa femme par l'hémorrhagie, et avoir appelé auprès d'elle les sommités obstétricales, a vu l'affaissement suivre l'accouchement forcé, et la transfusion elle-même n'a pas pu conjurer le triste dénouement.

OBSERVATION CCLXVI.

Primipare. — Les règles apparaissant malgré la grossesse, caractère de ces règles. — Réunion fort curieuse de circonstances faisant croire à une grossesse extra-utérine péritonéale. — La valeur du palper de l'auscultation et du toucher vaginal en pareil cas. — Avis divers d'hommes expérimentés. — Version céphalique spontanée du fœtus ou la culbute des anciens. — Le temps et les modifications du col utérin ont seuls fait voir qu'il s'agissait d'une grossesse utérine. — Il ne faut pas se presser d'agir en pareil cas. — Changement spontané d'une deuxième position du fœtus en une première. — Dans les hôpitaux de Paris on ne permet pas d'examiner les malades quand cela n'est pas du goût du chef de service. — Accouchement d'un enfant grêle, mais vivant. — Accidents fébriles graves chez la mère, qui finit par guérir. — Tout ce que peut causer d'accidents un utérus à parois très-minces pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Quoique cette clinique soit destinée à ne donner que les cas où j'ai soigné moi-même les malades, je rapporterai le fait suivant, parce qu'il offre un grand intérêt au point de vue du diagnostic, et parce que j'ai été moi-même induit en erreur par une réunion de circonstances excessivement rares.

Mlle de S. F. est une domestique âgée de vingt-un ans, d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une constitution grêle.

Elle a été bien portante jusqu'au milieu du mois de février 1861, et le 24 de ce mois elle a eu ses règles, mais avec des malaises dans le bas-ventre, des nausées et des vomissements. Elle a été encore plus malade au mois de mars suivant; les règles sont cependant venues le 24, comme d'habitude, mais moins abondantes. Dans les mois suivants, la menstruation a continué, seulement de moins en moins abondante et de moins en moins douloureuse.

L'état de la malade était passable lorsque, dans le mois d'août 1861, elle a été prise de pleurodynie, et c'est pour cette dernière maladie qu'elle est entrée à l'Hôtel-Dieu le 16 de ce mois, dans le service de M. Horteloup.

Le 23 août, étant allé dans ce service pour voir s'il y avait quelque chose d'important en obstétrique, l'interne de la salle m'a fait voir chez la malade en question une tumeur curieuse de l'abdomen, sans me dire quelle était, sur ce cas, l'opinion du chef de service pas plus que la sienne propre.

Je trouve en effet le bas-ventre occupé par une tumeur qui dépasse l'ombilic de trois doigts lorsque la malade est couchée sur le dos, mais la vue ne la remarque presque pas, tant cette tumeur est affaissée.

Le palper donne bien d'autres renseignements; ainsi, au milieu de cette masse molle qu'il est à peine possible de circonscrire, on sent derrière l'ombilic, et un peu à gauche, une tumeur osseuse arrondie. A cette tumeur en suit une autre qui se dirige en bas et à gauche, plus volumineuse, mais moins consistante que la précédente. Les formes et le volume de ces tumeurs me font reconnaître positivement la présence d'un fœtus de sept mois environ, situé en présentation du siége. L'auscultation a confirmé cela en permettant de constater la présence des pulsations cardiaques en haut et à gauche de l'abdomen.

La présence d'un fœtus, d'après ce qu'on m'a dit depuis, avait été déjà constatée; et, du reste, la femme elle-même avait vu ses seins grossir; enfin, elle avait perçu les mouvements de son enfant; mais, ce qui avait frappé les personnes

qui avaient examiné cette femme et ce qui m'a frappé moi-même est, d'une part, la persistance des règles, et d'autre part les signes physiques que voici :

Le fœtus est placé si superficiellement sous le palper, qu'on le dirait presque derrière la peau, chose très-rare, surtout chez une primipare. En faisant respirer fortement la femme, je parviens à plonger les doigts au-dessus des pubis, de manière à pénétrer dans l'excavation, séparant ainsi le fœtus du détroit supérieur du bassin maternel. Je pratique le toucher vaginal, et je trouve le col utérin situé à gauche de la femme ; il est mou et plus gros qu'à l'état de vacuité, mais fermé, ce qui n'est pas extraordinaire pour une primipare. Le ballottement de ce col ne se communique ni au fœtus ni à la tumeur entière fixée par la main gauche appliquée sur le haut du ventre. *Et vice versa*, le ballottement de la tumeur produit extérieurement ne se communique pas au col utérin. En avant de ce col, il y a des tissus mous que je circonscris entre le doigt interne et la main qui presse au-dessus des pubis, de manière à arriver au contact médiat des deux mains. Je ne trouve pas là les signes du corps utérin situé en avant du sac qui contient l'enfant. La partie fœtale constatée par le toucher vaginal est élevée et trop irrégulière, pour être déterminée. En résumant ces signes, je me demande s'il ne s'agirait pas d'une grossesse extra-utérine péritonéale. Je ne puis pas trouver le siége du corps utérin vide, mais comme le col fait avec la tumeur un sillon ou angle aigu à sinus antérieur, il pourrait bien se faire que le corps utérin fût placé en arrière, et qu'il devînt par conséquent inaccessible aux doigts explorateurs. En effet, je sens au-dessous de ce col des tissus épais, quoique mous.

M. Horteloup, qui avait examiné cette femme avec soin, penchait aussi pour la grossesse extra-utérine, mais dans le doute il avait appelé auprès de cette malade plusieurs hommes expérimentés, dont les avis ont été, les uns pour la grossesse utérine, et les autres pour l'extra-utérine. M. Trousseau, qui était aussi pour cette dernière, a fait remarquer que, malgré les explorations répétées, sois à l'intérieur soit à l'extérieur, la poche fœtale ne s'était jamais contractée, preuve qu'elle n'était pas musculeuse. Ceux qui étaient pour la gros-

sesse utérine invoquaient presque exclusivement le ramollissement du col utérin, quoique encore peu prononcé.

Au milieu de septembre il n'y a pas eu de règles, mais un épistaxis est arrivé à leur place; et, quelques jours après, la malade a rendu des petits caillots sanguins par le vagin.

Le 25 de ce même mois je suis allé voir cette malade, et j'ai trouvé les choses dans le même état; seulement le fœtus, au lieu d'avoir la tête en haut, l'a en bas; il a fait réellement la culbute dont les anciens ont tant parlé, et qui, quoique rare, n'est pas une illusion comme l'ont prétendu les modernes. J'aurais voulu pratiquer le toucher vaginal, mais la malade s'y est opposée en disant qu'on le lui avait défendu.

Le 3 octobre je fais visite à cette femme, et je trouve au palper que la tête fœtale, quoique plus forte, s'engage dans le détroit supérieur. J'ai de nouveau demandé à explorer le col, mais la malade s'y est encore refusée. J'ai alors demandé à M. Horteloup ce qui se passait de ce côté, puisqu'il était le maître de pratiquer le toucher vaginal à son gré, et il m'a assuré que le col se ramollissait de plus en plus; l'orifice externe était déjà perméable au doigt, l'interne seul était fermé.

Ces modifications éloignaient par conséquent l'idée de la grossesse extra-utérine; mais, en revanche, on trouvait la tête si superficielle, que quelques explorateurs avaient bien senti les sutures et les fontanelles du crâne. Au reste, l'expectation était prescrite ici dans les deux cas, car s'il s'agissait d'un autre lieu que l'utérus, l'œuf ne pouvait être que dans le péritoine. Le danger d'une rupture était par conséquent fort éloigné. L'emploi de la sonde utérine eut peut-être effacé les doutes, mais elle exposait à rompre l'œuf ou à le faire expulser prématurément, dans le cas de grossesse utérine.

Le 8 octobre je revois la malade, et je trouve que l'utérus comme le fœtus lui-même ne se développent pas aussi bien que dans les grossesses utérines ordinaires. L'enfant est situé en position occipito-droite du vertex presque antérieure. D'après ce qu'on me dit, l'état du col n'a guère changé.

Le 15 du même mois, époque cataméniale, la malade est plus souffrante, sans cependant qu'il y ait travail; et en exa-

minant le ventre au palper je trouve cette fois que l'enfant est situé en première position du vertex O. J. G. A. L'interne qui a pratiqué le toucher vaginal me dit avoir trouvé le col utérin encore long, quoique cependant on pénètre à travers l'orifice externe et jusque dans la cavité de ce col.

La grossesse utérine tend par conséquent à se dessiner, sans cependant que la question soit tout à fait jugée. Dans les jours suivants le doute n'était plus permis, les modifications du col se sont de plus en plus prononcées, et, la nuit du 16 au 17 novembre, le travail a confirmé la grossesse utérine.

L'accouchement n'a eu lieu que le 18 à 6 heures du matin, par conséquent après 24 heures de douleurs vives. C'est une infirmière qui a assisté cette malade. L'enfant né vivant pèse 2,600 grammes, c'est-à-dire d'un volume qui annoncerait huit mois, quoique la grossesse semble cependant s'être prolongée neuf mois.

Le 18 au matin, je vais voir cette femme et je la trouve fatiguée, l'utérus est à un doigt au-dessous de l'ombilic et assez flasque.

L'état de la malade, assez bon pendant deux jours, s'est fait grave les jours suivants et des symptômes de péritonite ont éclaté, le pouls est monté jusqu'à 140.

M. Horteloup, suivant son système anti-phlogistique, a fait deux applications de sangsues, et petit à petit la malade s'est tirée du danger. Elle a même pu donner le sein à son enfant.

Dès qu'elle a été convalescente on l'a envoyée au Vésinet respirer l'air de la campagne et finir de se remettre.

Réflexions. — Voilà un cas de grossesse utérine qui a donné presque jusqu'à la fin des signes au moins douteux d'une grossesse extra-utérine péritonéale.

Les signes rationnels du côté des seins pouvant exister dans les deux cas n'avaient pas de valeur, et la présence des règles pendant presque toute la gestation parlaient en faveur de la grossesse extra-utérine. La diminution progressive de l'écoulement paraissait seule infirmer cette grossesse. Le peu de développement du ventre et surtout son affaissement, la femme étant couchée, n'étaient pas pour la grossesse uté-

rine. L'extrême minceur des tissus qui séparaient le fœtus de la main exploratrice soit à travers la paroi externe, soit à travers le vagin, cette minceur jointe au défaut de contraction n'étaient pas non plus pour cette grossesse. Pendant que le fœtus était en présentation du siége on pouvait séparer ce fœtus du bassin maternel, chose, il est vrai, qui n'était plus possible après la version céphalique; mais ce signe n'était pas non plus pour la grossesse utérine. La lenteur du développement du fœtus et la facilité des changements de présentation et de position de ce dernier chez une femme dont le bassin est bien spacieux, tout cela ne confirmait pas non plus cette grossesse. Les seuls signes qui ont pu plaider en sa faveur ont été : 1° l'impossibilité de trouver le corps utérin vide; 2° les modifications du col utérin.

Je ne sais pas si d'autres explorateurs ont cherché aussi à trouver la tumeur formée par le corps utérin resté vide et qui est assez développé dans les cas de grossesse extra-utérine. Quand il m'a été permis de pratiquer le toucher vaginal, je me suis assuré que ce corps n'existait pas entre les pubis et la poche fœtale; seulement à ce moment je n'ai pas pu assurer qu'il ne fût pas en arrière du col. La chose aurait été facile lorsqu'au lieu de présenter le siége, l'enfant s'était placé la tête en bas; mais à ce moment la malade ne m'a plus permis de pratiquer le toucher vaginal.

Les modifications du col qui ont servi de base à ceux qui ont opiné pour la grossesse utérine avaient sans doute beaucoup de valeur, mais elles ont été aussi insidieuses jusqu'aux derniers jours qui ont précédé le travail. Je regrette de n'avoir pas pu les suivre pendant tout le temps, et d'avoir dû m'en rapporter aux autres; mais enfin, elles ont fini par être décisives avant le commencement du travail. L'enfant étant toujours vivant et ne craignant pas une rupture du kyste, dans le cas où l'on aurait eu affaire à une grossesse extra-utérine péritonéale, on était en droit d'attendre l'époque du travail; mais que devait-on penser si au lieu de s'ouvrir l'orifice interne de l'utérus restait fermé, ou que le museau de tanche lui-même ne se fût pas ouvert, comme cela arrive dans quelques cas d'agglutination de tout le col? Les modifications du col auraient par leur absence con-

firmé la grossesse extra-utérine qui n'existait pas. L'impossibilité de trouver le corps utérin vide ayant lieu même dans ces cas était donc le signe le plus véridique; je regrette fort de n'avoir pas pu le vérifier quand il en était temps.

La cause de toutes les anomalies de cette grossesse utérine me paraît tenir uniquement à l'extrême minceur des parois de la matrice. C'est elle aussi qui a retardé les modifications du col, qui a fait prolonger le travail, et qui, ayant empêché le retrait utérin, a laissé dans la cavité de ce viscère des caillots qui se sont décomposés. L'absorption de ces détritus décomposés a failli emporter la malade, car la métropéritonite, quoique heureusement traitée par les anti-phlogistiques, ne me paraît être dans ces cas que consécutive à ces résorptions.

OBSERVATION CCLXVII.

Pluripare. — Les symptômes de l'ovulation peuvent simuler la grossesse. — Rétrécissement du détroit supérieur du bassin. — Rétroversion de l'utérus gravide, sans symptômes immédiats d'enclavement. — Différences entre l'enclavement lent et l'enclavement brusque de l'utérus. — Valeur du palper et du toucher vaginal en pareil cas. — Suintement sanguin, puis hémorrhagie grave. — Réduction spontanée de l'utérus, ses causes. — Emploi du seigle ergoté. — Avortement. — Que doit-on appeler faux germe et germe malade. — Anatomie pathologique, ses difficultés en pareil cas. — La mort du germe peut être bien antérieure à son expulsion. — Hémorrhagie interne de l'œuf consécutive à l'enclavement. — Rétablissement de la femme sans fièvre.

Mme G., depuis son dernier accouchement (V. obs. CXL), a fini par se remettre, quoique péniblement, et la mauvaise conformation de son bassin ne faisait pas désirer d'autres grossesses; mais par un contraste singulier ces anomalies morbides, précisément, correspondent souvent avec une fécondité bien prononcée.

Cette dame voit encore une dernière fois ses règles, arriver comme d'ordinaire, du 8 au 12 août 1861. Le 20 septembre elle ne voit que quelques gouttes de sang, et déjà elle ressent les malaises des grossesses précédentes. La fécondation avait-elle déjà eu lieu? Cette question trouvera encore mieux sa place dans un instant; qu'il suffise de savoir pour le moment que si l'on devait admettre l'ovulation mensuelle, on ne pourrait pas expliquer une foule de faits de ce genre,

tandis qu'il est démontré pour moi que l'ovulation est ordinairement annuelle pour chaque ovaire. Le trouble d'une menstruation avec ses phénomènes locaux et généraux ou sympathiques peuvent précisément n'être que la manifestation d'une ovulation sans que l'œuf ait été même fécondé.

Mme G. ayant consulté son médecin, M. Pereau, pour ces malaises, et désirant plus que jamais d'avoir un enfant vivant, ce médecin lui a conseillé le repos et l'usage de quelques émollients. Malgré cela, les malaises ne disparaissaient pas, et comme le suintement roussâtre se répétait aussi parfois, M. Péreau a essayé d'examiner la malade à l'aide du toucher vaginal, ainsi qu'au spéculum. Cet examen a permis de trouver le fond de l'utérus tellement abaissé, qu'il était sur le plancher, et le col tellement élevé contre les pubis, qu'il était impossible de le découvrir avec l'instrument. Le toucher rectal trouvait aussi le fond utérin en bas et en arrière ; en un mot, l'utérus était plus gros qu'en état de vacuité, et situé en rétroversion. Cependant cette femme n'éprouvait pas les symptômes de l'utérus gravide rétroversé, dont on parle dans les auteurs, et que, pour mon compte, j'appelle les symptômes d'*enclavement*, symptômes qui peuvent exister en dehors de la rétroversion, c'est-à-dire toutes les fois que l'utérus gravide est fortement serré dans l'excavation du petit bassin.

L'idée d'une grossesse se présentait naturellement à l'esprit du médecin traitant, mais comme la rétroversion n'offrait pas de symptômes graves, il s'est contenté de faire rester la malade dans la position horizontale, celle, du reste, que cette dame pût supporter le mieux.

Les choses se sont avancées ainsi jusqu'au milieu de novembre, et quoiqu'on fût au troisième mois de la grossesse, on ne voyait pas encore le ventre prendre du développement. Le palper lui-même ne sentait pas la tumeur utérine faire saillie au-dessus du détroit supérieur du bassin.

Le 29 novembre, sans autre cause connue que la congestion cataméniale, les malaises du bas-ventre augmentent, la malade croit sentir les mouvements actifs de son enfant. Enfin, le 30, une perte de sang arrive. Le 1er décembre on appelle M. Péreau, lequel me fait demander pour tâcher d'é-

claircir ce fait pratique. Il était sept heures et demie du matin lorsque j'ai vu la malade, et voici ce que j'ai trouvé.

La pâleur du visage suffirait à dénoncer une hémorrhagie assez abondante, si des caillots ne remplissaient pas déjà le vagin et la vulve. Le palper a besoin d'aller dans le petit bassin pour sentir qu'une tumeur remplit cette cavité, sans cependant dépasser le détroit supérieur. Le toucher vaginal confirme le diagnostic du confrère, c'est-à-dire que l'utérus est bien plus fort qu'à l'état de vacuité, et qu'il est situé en rétroversion.

Le fond de la matrice, douloureux à la pression, est situé en arrière et en bas, le col dur et déchiqueté est en haut accollé contre l'arcade pubienne. On peut suivre la matrice depuis le haut jusqu'au bas, sur une étendue de six centimètres. Quand on essaie de soulever la tumeur, on produit de la douleur, et le soulèvement n'est pas possible tant la tumeur est immobilisée.

Sachant combien le détroit supérieur est rétréci chez cette dame (7 centimètres 1/2), je m'explique facilement le mouvement de bascule du fond utérin dans la concavité du sacrum, et quoique les symptômes de l'enclavement ne soient pas très-prononcés, comme si la rétroversion eut été brusque, je n'en rattache pas moins la menace de l'avortement à cet enclavement de l'organe gestateur. L'indication me paraissait formelle; il fallait réduire la rétroversion, et pour faciliter cette opération, je fais d'abord dégorger l'utérus en faisant promener des sinapismes sur les bras et le dos; je fais coucher la malade sur un plan déclive, de manière à ce que le bassin soit plus élevé que le thorax; enfin, je fais donner une potion où je mets quinze gouttes de perchlorure de fer pour cent grammes de véhicule. Tout ceci est exécuté à huit heures.

Une heure après, nous sommes de retour auprès de la malade, et quelle n'est pas notre surprise lorsque le toucher vaginal ne sent plus l'utérus rétroversé, mais relevé au-dessus du détroit supérieur, et que le palper trouve le fond utérin à trois doigts au-dessus des pubis. La réduction s'était faite spontanément sous l'action de la révulsion, surtout, et de la position déclive du tronc de la femme.

Nous avons voulu attendre l'effet de cette réduction, et pour mieux arrêter l'hémorrhagie, nous avons fait appliquer des compresses d'eau froide sur les organes génitaux. Nous revoyons la malade à midi et demi, mais la perte continue et le col est même assez entr'ouvert pour laisser paraître une partie de l'œuf. La fausse couche est inévitable; il ne s'agit plus que de ménager le sang de la malade, laquelle a déjà des défaillances. Nous donnons alors deux grammes de seigle ergoté en une demi-heure, et si la perte ne s'arrête pas, nous pratiquerons le tamponnement. Tout était prêt pour cela, lorsque la malade a été prise de vomissements, et les efforts, joints aux contractions utérines, ont fait promptement avancer l'œuf. L'hémorrhagie s'étant suspendue aussi, il ne restait qu'à attendre. Pour relever les forces de la malade, nous lui faisons donner alternativement de petites quantités de bouillon et de vin tous les quarts d'heure. L'expulsion du produit a eu lieu à quatre heures.

De retour à sept heures, avec M. Péreau, on nous présente, avec des caillots sanguins, l'œuf dont voici la description :

Considéré dans son ensemble, il a le volume d'un œuf de dinde. Sa surface externe est tomenteuse, élastique, membraneuse sur quelques points, et tout à fait charnue sur d'autres. Ces derniers, qui occupent les trois quarts de la surface, semblent formés par le placenta aminci. La partie membraneuse de cet œuf offre une ouverture qui communique avec son intérieur, et que nous agrandissons pour chercher l'embryon.

La cavité dans laquelle nous tombons offre un aspect lisse, comme s'il s'agissait de la cavité amniotique, mais nous y cherchons en vain les traces de l'embryon, ni même les traces du cordon, pour le cas où cet embryon eût été expulsé déjà. Tout ce que nous voyons à cette surface interne de l'œuf, ce sont des vaisseaux gorgés de sang noir, qui rampent en divers sens, et des foyers sanguins qui se sont formés dans l'épaisseur même des enveloppes de l'œuf. Un de ces foyers surtout est gros comme une noix et fait saillie à la surface interne que nous examinons, comme qui dirait l'œuf enchâssé dans la caduque utérine. Nous divisons cependant ce foyer

avec les plus grands ménagements, nous le soumettons à un filet d'eau, et les caillots dont il est composé se désagrègent, sans qu'il nous soit possible de trouver aucune trace, ni de l'embryon, ni de ses annexes. La partie même de l'œuf qui paraissait représenter le placenta offre une texture dense qui rappelle la caduque épaissie et non le placenta lui-même : voilà donc une grossesse de trois mois où l'œuf n'est pas développé en proportion du temps. Mais s'agirait-il d'un germe mort peu après la fécondation, ou bien d'un autre cas qu'on puisse confondre avec celui-là?

On pourrait alléguer ici que l'embryon a été expulsé par l'ouverture sus-indiquée, mais en vain nous en avons recherché les restes tels que le cordon, la vésicule ombilicale, l'amnios, ni même le chorion ou le placenta. La partie la plus épaisse comme la plus mince de l'enveloppe de l'œuf n'a offert que la texture de la caduque, et les vaisseaux, ainsi que les foyers hémorrhagiques, étaient en rapport avec l'épaississement de cette membrane. Il pourrait donc se faire qu'au lieu d'un germe fécondé, malade ou mort, on n'eut qu'une grossesse de faux germe, pouvant arriver même sans fécondation. L'ovulation elle-même, comme les grossesses extra-utérines peuvent produire une caduque exactement pareille à celle des grossesses utérines, où le germe est sain.

La cessation des contractions utérines douloureuses et de l'hémorrhagie a bientôt démontré que tout le produit avait été expulsé; mais pour en être plus sûrs, nous examinons la malade au toucher et au palper. Nous trouvons, en effet, que l'utérus est redevenu petit et rétracté, mais il est redescendu dans l'excavation et s'est placé dans une rétroversion qui approche de celle de la grossesse.

Je me suis gardé de faire des tentatives de réduction; ma tâche, du reste, était terminée, la malade continuant à rester sous la direction de M. Péreau. Les suites de cet avortement paraissent n'avoir rien offert de particulier, et la malade a fini par se bien remettre, d'après ce que m'a dit M. Péreau lui-même.

OBSERVATION CCLXVIII.

Primipare. — Le développement vertical et le développement horizontal du squelette. — Influence des milieux nutritifs sur l'embonpoint. — Menstruation tardive. — Malaises de la grossesse coïncidant avec les époques cataméniales. — Travail arrivé peu après la neuvième de ces époques. — Diversité du siége de la douleur et de la direction du col, suivant que la femme est debout ou couchée. — La station verticale et la marche peuvent hâter quelquefois le travail. — Moyens de faire rapprocher les contractions utérines lentes. — Petites manœuvres obstétricales. — Mouvements insolites du fœtus. — Comment préserver la fourchette des plus petites déchirures chez les primipares. — Circulaire du cordon autour du cou de l'enfant, qui est, malgré cela, née vivante. — Gonflement vulvaire chez cette fille, qui est élevée au biberon. — Fièvre chez la mère, promptement combattue par le vomitif et le sulfate de quinine. — Éruption miliaire, ses causes probables. — Guérison.

Mme C., native de Compiègne, et habitant Paris depuis huit ans, rue de la Petite-Friperie, est une marchande de beurre à la Halle, âgée de vingt-trois ans. Petite de taille, mais carrément bâtie, cette femme est d'un tempérament sanguin et d'une excellente constitution. Elle a marché à treize mois, et n'offre aucun signe de rachitisme; elle n'a du reste jamais été malade.

Cette femme est un de ces exemples où le squelette est surtout développé dans le sens horizontal, comme on le voit souvent dans la race celtique du milieu de la France; tandis que dans le nord de l'Europe on voit souvent, au contraire, le squelette se développer surtout dans le sens vertical. Enfin, il y a des exceptions qu'on observe surtout chez des familles où règnent des vices héréditaires et où, par une sorte de contraste, on voit des personnes de taille fort élevée et grêles, pendant que d'autres sont très-courtes. C'est aux femmes qui se trouvent dans cette dernière catégorie qu'on applique le proverbe qui veut que les femmes petites accouchent plus promptement que les femmes d'une taille élevée, tandis qu'il faut l'appliquer plutôt à celles qui ont le squelette fort développé dans le sens horizontal. Ces développements du squelette peuvent du reste faire présumer la bonne ou mauvaise conformation du bassin, mais ne disent rien d'absolu, et il faut s'en assurer par un examen direct.

Madame C., pendant qu'elle a habité la campagne, a été

assez délicate, et depuis qu'elle vend du beurre à la Halle, elle a tellement pris de la fraîcheur et de l'embonpoint, qu'elle en est méconnaissable. Ce n'est pas la première fois, du reste, que je fais la remarque de voir des gens qui vivent au milieu des produits nutritifs acquérir un embonpoint qu'on cherche vainement ailleurs, et les aliments ingérés par la bouche pas plus que les corps volatiles appréciables par nos moyens chimiques ne suffisent à expliquer ce fait.

Menstruée à dix-sept ans pour la première fois, cette femme n'a été cependant bien réglée qu'à dix-huit ans. Depuis cet âge, elle a continué de voir tous les mois, à jour fixe, pendant quatre jours chaque fois, et avec de fortes douleurs de reins.

Mariée en 1858, elle est restée près de trois ans sans devenir grosse. Ses règles ont paru pour une dernière fois du 18 au 22 février 1861, et cette suppression, suivie de nausées et de vomissements, a bientôt dénoncé la gestation.

Les malaises des premiers mois n'ont pas tardé à faire place à un bien-être que cette femme n'avait même jamais éprouvé, et dans les derniers mois de la gestation elle était encore plus fraîche que lorsqu'elle était jeune fille ou nouvellement mariée.

C'est seulement le 22 octobre que madame C. est venue me voir, à la suite de souffrances qui lui font croire l'accouchement imminent; mais ce ne sont que les malaises résultant de la huitième époque cataméniale. Le palper ne trouve le fond utérin qu'à trois doigts au-dessus du nombril, et l'enfant en présentation du sommet O. J. G. A.

Le trouble a disparu spontanément avec la congestion cataméniale elle-même, et le 20 novembre cette dame vient me revoir, mais je ne trouve pas encore les signes du travail; je m'assure seulement par le toucher vaginal que le bassin est assez spacieux pour que l'accouchement puisse s'opérer spontanément. Les mouches n'ont commencé que dans la nuit du 26 au 27 du même mois de novembre.

Appelé le 27 à sept heures un quart du matin, j'ai trouvé le col utérin effacé, avec une dilatation de deux centimètres de diamètre. La tête fœtale commence à plonger dans l'excavation, les contractions sont à quatre minutes d'intervalle,

la femme est encore levée. Des nausées accompagnent le travail, et la douleur des contractions a pour siége presque unique le bas-ventre.

A sept heures et demie, j'ai fait coucher la malade, et aux premières contractions elle a dit que le siége de la douleur n'est plus le bas-ventre, mais la région sacro-lombaire, ou, comme on dit vulgairement, les reins. Ayant pratiqué le toucher vaginal à huit heures, j'ai trouvé de plus que le col utérin, fortement porté en arrière, dans la station verticale, s'est beaucoup redressé depuis que la femme est couchée. La chose a lieu habituellement, en effet, et elle était encore plus prononcée ici, à cause de la petitesse de la taille et de l'inclinaison du bassin, qui en est la conséquence.

A huit heures un quart, les contractions se sont ralenties, quoique le travail n'ait pas été assez long pour fatiguer l'utérus. J'essaie de rapprocher ces contractions en titillant le col par une pression circulaire qui aide à la dilatation et qui est supportée sans aucune souffrance. Enfin, le col étant largement ouvert, je perce la poche des eaux.

A neuf heures dix minutes, la malade se lève pour vider la vessie que je sens distendue au palper, et à l'instant même elle sent encore la douleur des reins devenir moindre: preuve évidente, comme je l'ai dit il y a longtemps, que les douleurs dites de reins tiennent surtout à la pression de l'utérus gravide sur la colonne vertébrale. Une contre-épreuve que j'observe ici est que si la femme, quoique debout, veut avoir son mal de reins, elle n'a qu'à se ployer en avant, tandis qu'elle ne l'a pas en se tenant droite.

Les quelques pas que fait la malade jusqu'à dix heures ont fait rapprocher les contractions qui s'étaient ralenties; si ce mouvement, en effet, peut fatiguer la malade, surtout lorsqu'elle est exténuée par la souffrance; s'il est peu profitable dans le cas d'épuisement de l'utérus, la station verticale et la marche peuvent être utilisées quelquefois pour rapprocher les contractions et favoriser l'engagement fœtal.

Une fois la malade recouchée, je vais accrocher la lèvre antérieure du col pour la faire chevaucher sur la tête qui s'avance de plus en plus; et dès que cette tête arrive sur le plancher, les contractions utérines, aidées des efforts volon-

taires, la poussent si vivement contre l'orifice vulvaire, que, pour éviter les déchirures, j'ai dû modérer et diriger moi-même ce mouvement.

Pour cela, je fais d'abord la flexion artificielle par l'abaissement de l'occiput, afin que cette partie puisse s'avancer facilement sous l'arcade; puis je fais l'extension artificielle en pressant sur la tête, a travers le périnée distendu. Le mouvement artificiel de l'extension était fait pendant l'absence de la contraction volontaire, et à ce moment même j'ai constaté pour la première fois un mouvement marqué du fœtus qui fléchissait volontairement la tête pour résister au mouvement d'extension que je lui imprimais moi-même. Ma manœuvre ayant eu gain de cause, j'ai pu faire sortir cette tête avec tant de lenteur, que la fourchette a pu se distendre sans s'entamer : chose très-rare, d'après l'avis des auteurs, mais fréquente dans ma pratique chez les primipares elles-mêmes.

Avec la sortie de la tête a jailli une quantité assez marquée de liquide amniotique teint en vert, preuve que le fœtus était déjà bien souffrant. J'ai passé alors le doigt sur le cou de cet enfant, et j'ai trouvé une anse de cordon si serrée sur cette partie, qu'il m'a été impossible de la faire chevaucher. J'ai dû couper cette anse, et alors la rotation et l'expulsion du tronc se sont faites aussitôt spontanément (10 heures 3/4).

L'anse qui enlaçait le cou a pu être pour beaucoup dans la lenteur de l'engagement et dans les mouvements de retrait fœtal que j'ai constatés, d'autant plus que quelques-uns de ces mouvements étaient accompagnés d'une rotation.

L'enfant est une fille de moyen développement (3,400 gr.), elle est bleuâtre, mais elle finit par bien respirer et bien crier. Evidemment, si je n'avais pas aidé ce travail par de petites manœuvres, cette enfant aurait pu rester bien plus longtemps au passage et y périr. Délivrance naturelle dix minutes après, moyennant de petites tractions; délivre sain, quoique fortement teint par le meconium expulsé prématurément. Je donne comme d'habitude deux grammes de seigle ergoté à la malade, je serre son ventre avec une ceinsure, et je laisse à onze heures et demie la mère et l'enfant en bon état.

Le soir je trouve la malade assez bien; son pouls est fré-

quent, mais ceci tient à la période spasmodique. Je fais présenter le vase et vider la vessie, quoique la malade n'en sente pas le besoin. L'enfant, auquel on a donné de l'eau sucrée, a vomi.

Le 28, la mère est très-bien; pouls calme, l'utérus rétracté est à un doigt au-dessous du nombril. L'enfant est assez bien; on remarque cependant qu'elle a les grandes lèvres de la vulve gonflées, et les yeux chassieux. On lui donne du lait coupé en attendant que la grand'mère l'emporte à la campagne, pour l'élever au biberon.

Le 29, la malade continue de bien aller, et l'utérus est à deux doigts sous le nombril. Elle prend des potages et de l'eau rougie.

Le 30, même état le matin, les seins commencent à gonfler; mais à une heure de l'après-midi survient du froid surtout dans l'épaule droite et le dos, puis de la chaleur fébrile. Je vois la malade à six heures, et je la trouve rouge; sa peau est aliteuse, et le pouls qui, le matin, était à 70, est le soir à 120.

Y a-t-il eu ici résorption de matières décomposées provenant de l'utérus? La chose est possible, cependant il n'y a ni céphalalgie ni de douleurs abdominales, ni oppression, ni altération des traits. Dans le doute, j'ordonne de l'ipeca stibié, et après les vomissements une potion de 100 grammes, où je fais mettre un demi-gramme de sulfate de quinine.

Le 1er décembre, la malade est mieux; pouls à 100, mais comme il n'y a pas eu de selles, j'ordonne 30 grammes d'huile de ricin, ce qui soulage beaucoup la malade.

Le 2, le pouls est descendu à 80, et aucun symptôme grave ne se manifeste du côté du ventre, seulement la langue est un peu rouge et sèche; dans la soirée, commence une éruption érythémateuse au dos des mains, et j'attribue la fièvre à cette éruption.

Le 3 et le 4, en effet, des boutons fins et rouges, les uns papuleux, les autres portant en tête un peu de sérosité, se répandent sur le corps, le tronc surtout, mais sans que le pouls se relève. La face et quelques points des membres restent exempts de l'éruption. En un mot, c'est une miliaire accompagnée de démangeaisons incommodes et de papules,

dont quelques-unes ont tourné à de petites pustules, mais la malade n'a cessé ni de manger, ni de se bien porter. La dessiccation et la desquammation se sont opérées de la manière la plus bénigne. Cette éruption était-elle le résultat d'un miasme extérieur ? Mes recherches ne l'ont pas confirmé. Je suis plutôt disposé à croire qu'elle venait d'une légère résorption utérine.

L'enfant, quoique élevée au biberon, était bien venue, mais elle est morte du choléra à l'âge de deux ans.

OBSERVATION CCLXIX.

Pluripare.—Menstruation pénible à s'établir. —Effets de la gestation sur la chloro-anémie préexistante. — Premier accouchement avant terme. — L'enfant succombe à des symptômes suspects. — Deuxième grossesse offrant un fœtus mort à six mois. — Diagnostic. — Accouchement à l'époque cataméniale même dans ces cas. — Difficultés étiologiques de la mort du fœtus. — Présentation pelvienne, ses causes, ses effets. — La culbute des anciens. — Particularités du travail. — Nouveau signe pour connaître si le placenta est encore adhérent ou décollé pendant la délivrance. — Rétablissement de la malade sans fièvre. — Ligne de conduite pour l'avenir.

Madame V., native de Paris, et demeurant rue des Moineaux, est une institutrice âgée de vingt-sept ans, de taille un peu au-dessous de la moyenne, et d'un tempérament lymphatico-nerveux. Elle a été toujours assez délicate, mais sans avoir jamais eu de maladie aiguë grave.

Elle a eu une fois ses règles à quatorze ans, puis elle est restée une année sans voir, enfin les menstrues ont fini par s'établir, mais jamais régulièrement avant vingt ans. La chlorose a même tellement fatigué madame V. pendant sa jeunesse, qu'elle était arrivée à se trouver mal plusieurs fois par jour et n'a été remise qu'à la suite d'un long traitement par les ferrugineux et les bains de Baréges artificiels.

Mariée à vingt-cinq ans à un homme d'une bonne santé apparente, mais d'un caractère bizarre, et qui a fini par devenir aliéné, madame V. est restée enceinte au bout de huit mois. La grossesse a été heureuse, et sa santé générale a même beaucoup gagné, comme cela arrive souvent aux emmes préalablement atteintes de chlorose. Dans les derniers mois de la gestation seulement, il y a eu des vomisse-

ments alimentaires, et l'accouchement s'est opéré un peu avant terme.

Le travail a commencé le matin, et les contractions utérines paraissent être restées à une demi-heure d'intervalle, jusqu'à six heures du soir, puis elles sont venues toutes les sept à huit minutes, la poche s'est percée spontanément à huit heures, et dès ce moment les douleurs arrivaient toutes les deux ou trois minutes. Malgré cela, le travail n'avançait pas, et après minuit les douleurs s'éloignant encore plus, le médecin appliqua le forceps à deux heures. L'enfant, qui était un garçon, portait un tour de cordon au cou, et paraît être venu l'occiput en arrière. Les circulaires du cordon sont souvent, en effet, cause de retard dans la progression et dans la rotation anormale de la tête. Cet enfant, né en état de mort apparente, avait pu cependant être ranimé, et il semblait se bien porter, lorsque, quatre jours après la naissance, il commença à offrir une éruption cutanée de nature suspecte, puis des ecchymoses et même des hémorrhagies par le nombril ainsi que par le nez, enfin il est mort le septième jour.

Quant à la mère, elle paraît n'avoir pas eu de fièvre, mais comme il y avait eu déchirure du périnée, et que le médecin lui avait mis des points de suture, madame V. est restée au lit pendant quinze jours.

Après quatre mois de vacuité, est arrivée la présente grossesse, qui est par conséquent la deuxième. Les dernières règles ont eu lieu du 1er au 5 juin 1861; et pendant les premiers mois, madame V. a été plus fatiguée que dans la précédente grossesse. Son enfant avait déjà fait sentir ses mouvements depuis un mois et demi, lorsque, sans cause appréciable, ces mouvements ont cessé insensiblement.

Madame V. ne sentait plus son enfant depuis huit jours, lorsqu'elle est venue me voir pour la première fois; et, en effet, je n'ai pu constater de mouvements fœtaux ni à l'auscultation, ni au palper. Je l'ai engagée cependant à prendre un bain général un peu chaud, et à se faire frictionner vivement la peau dans le bain, pour dégorger l'utérus s'il était congestionné. En effet, les mouvements fœtaux paraissaient se faire entendre le lendemain; aussi la malade vient me revoir, mais je trouve encore un silence absolu; bien au

contraire, l'utérus étant décongestionné offrait des parois plus souples, de manière à me permettre d'imprimer des mouvements au fœtus, et celui-ci se laissait déplacer comme un corps inerte, preuve qu'il était déjà mort ou bien malade. Quinze jours se sont passés ainsi, et le 29 novembre 1861, c'est-à-dire à la sixième époque cataméniale, les mouches ont commencé ; ainsi, même dans les cas d'avortement, l'utérus est, au moment de la congestion cataméniale, plus disposé à chasser le produit que dans le reste du temps.

Je suis appelé à quatre heures après midi, et je constate que le col utérin est effacé déjà et dilaté comme une pièce de deux francs. Je ne cherche pas à connaître la présentation et la position, parce qu'à cette époque de la grossesse la chose est insignifiante. Les contractions utérines sont encore éloignées, aussi je conseille à la malade de garder le repos, et en attendant je vais faire d'autres visites.

Revenu à huit heures, je trouve le travail un peu plus avancé, et les contractions se répétant toutes les huit à dix minutes, mais à onze heures elles disparaissent, et je me retire à minuit.

A deux heures et demie après minuit, on m'appelle encore. Les douleurs avaient repris ; et à mon arrivée, je trouve la dilatation du col utérin fort avancée ; la poche se prononce, et à travers les membranes je sens des parties fœtales anguleuses qui ne dénotent pas une présentation du crâne. Les contractions continuent, et avec elles arrivent des défaillances et des vomissements pendant les efforts desquels la poche se rompt à deux heures quarante minutes. Je fais alors coucher aussitôt la malade, et ayant pratiqué le toucher, je trouve que le fœtus vient par le siége (S. I. D. A.). Les anciens auraient vu dans ce cas la confirmation de la culbute qui ne serait pas encore faite, mais je suis autorisé pour mon compte à admettre que si les enfants nés avant terme viennent plus souvent par les pieds que s'ils étaient à terme, c'est que dans cette présentation ils fatiguent plus facilement l'utérus par leurs mouvements actifs, et forcent ces organes à se congestionner et à se contracter plus que s'il y avait une présentation de la tête.

Pour hâter le travail, j'accroche les aines avec le doigt, et

pendant la contraction utérine j'aide par des tractions modérées. A trois heures, le fœtus était hors de la vulve. C'est un garçon ayant en effet le développement de six mois ; et quoique sans mouvement depuis quinze jours il n'est pas assez ramolli pour que l'épiderme se détache, preuve à peu près certaine que la mort ne date pas d'un temps aussi long. Le cordon ombilical est œdématié et flasque, comme la chose a lieu le plus souvent dans le cas d'enfant mort ; aussi il semble vouloir se briser lorsque je veux faire la plus petite traction pour avoir le délivre.

Le placenta, du reste, paraissait tenir assez fort, de sorte qu'il m'a fallu attendre ; malgré plusieurs tractions en faisant la poulie de renvoi, j'ai eu le délivre seulement à trois heures vingt-cinq minutes. Cette fois encore je me suis assuré, par la main gauche appliquée sur le fond utérin, que la plus petite traction faite avec la main droite sur le cordon imprimait un abaissement sur l'utérus tout entier, tant que le placenta était adhérent ; dès que le décollement a commencé à se faire, la traction faisait avancer le délivre, mais l'utérus ne s'abaissait pas, quoique se contractant manifestement.

Le placenta, pas plus que le reste du délivre et le fœtus lui-même, n'offrent de lésions appréciables qui puissent expliquer la mort de cet enfant. A quoi fallait-il l'attribuer ?

L'éruption du premier enfant, quoique je ne l'aie pas vue, semble se rattacher au pemphigus hémorrhagique, ou tout au moins elle a pu provenir d'une syphilis héréditaire. La dame V. n'a rien offert avant comme après le mariage, et quoique le père de cette dame, quoique le mari soient sains en apparence, ils ont été tous les deux militaires, et par conséquent encore plus exposés que d'autres à contracter la maladie. Les malaises, et surtout les vomissements de la première grossesse, arrivant aux derniers mois, ainsi que l'accouchement avant terme, dénotent que le fœtus était souffrant même avant de naître. Quant au deuxième, il s'est pour ainsi dire éteint insensiblement, en produisant bien quelques malaises, mais sans qu'aucun accident ait pu expliquer sa mort.

Le travail fini, je donne à la malade deux grammes de

seigle ergoté, je lui serre le ventre et la laisse en bon état.

La journée du 30 novembre est très-bonne, pas l'ombre de fièvre : potages, eau rougie. Même état le 1er décembre. Les seins commencent à gonfler le 2. Je donne le 3 trente grammes huile de ricin, et le 4 la malade est convalescente. En cessant de la voir je lui recommande de me prévenir dès qu'elle a une autre grossesse, pour lui faire faire un traitement. Nous allons voir en effet, dans une autre observation, que cette précaution a permis d'avoir un enfant à terme parfaitement bien portant.

OBSERVATION CCLXX.

Primipare. — Sensibilité morbide des ovaires, son importance. — L'albuminurie des femmes grosses inaperçue. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale, même dans ces cas. — Le travail occasionnant les convulsions éclamptiques (l'*aura eclamptica*). — Différence entre l'éclampsie primitive et consécutive au travail. — Léniceps. — Comment préserver la fourchette de se déchirer. — Inhalation avec le chloroforme et l'éther. — Périodicité des attaques convulsives. — Agitation sans convulsions. — Soins de la période asphyxique. — Les ventouses le long de l'épine dorsale sont un des dérivatifs à employer. — Naissance d'un garçon vivant, mais qui est mort quelques jours après. — La mère a des symptômes abdominaux assez marqués. — Guérison. — Stérilité consécutive.

Le 2 décembre 1861, à une heure du matin, j'ai été appelé en toute hâte par le docteur D., pour aller auprès de sa femme, qui était atteinte d'éclampsie.

Cette dame, âgée de dix-neuf ans, d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, est d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une constitution assez robuste, du moins en apparence.

Réglée de bonne heure, elle a remarqué qu'à chaque menstruation elle avait des douleurs assez vives dans le côté droit du bas-ventre, s'irradiant jusque dans la cuisse correspondante. Mariée en février 1861, elle n'a revu ses règles qu'une fois, du 1er au 3 mars suivant.

La grossesse, à part les indispositions ordinaires des premiers mois, n'avait rien offert de particulier; bien au contraire, Mme D. avait fini par se fortifier. Dans les derniers mois, cependant, il y a eu un peu d'œdème aux jambes et de

la céphalalgie, mais pas assez marqués pour appeler l'attention du mari sur l'albuminurie.

La présence de l'albumine dans les urines, qui a beaucoup attiré l'attention des médecins il y a quelques années, se trouve souvent en effet chez les femmes grosses et surtout chez les femmes éclamptiques; mais il faut établir ici des distinctions.

Ainsi l'albuminurie est fréquente pendant la grossesse, mais rarement constante et surtout rarement grave; elle est fréquente, par exemple, à l'époque de la congestion cataméniale, et beaucoup moins fréquente dans le reste du mois. Quand même elle existe d'une manière plus ou moins permanente, elle peut être peu marquée et ne produire guère d'accidents, soit pendant la grossesse, soit pendant et après l'accouchement. L'abondance peut être relative, mais les effets surtout sont variables, suivant une foule de circonstances individuelles ou pathologiques. L'infiltration générale, la bouffissure de la face, la constriction épigastrique et la céphalalgie sont ordinairement le prélude des attaques éclamptiques; mais si l'on agit avec intelligence, on peut, même dans ces cas, obtenir l'accouchement sans qu'il survienne de convulsions.

Les convulsions éclamptiques ont un pronostic très-grave lorsqu'elles arrivent avant le commencement du travail, quoiqu'elles déterminent presque toujours alors l'expulsion ou la mort du produit. La gravité est moindre lorsque ces convulsions éclatent pendant le cours d'un travail qui se fait à terme, et elle est moindre encore dans ce cas lorsque les convulsions ont lieu seulement pendant les suites de couches.

Mme D. offre précisément un cas qui rentre dans les règles générales dont je viens de parler, ainsi l'albuminurie a dû exister pendant la grossesse, mais à un degré faible, et par conséquent elle a passé inaperçue.

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 1er et le 3 décembre 1861, et en effet, le 1er de ce mois, les mouches commencent dans l'après-midi pour se prononcer dans la soirée. Une sage-femme qui habite la maison et le mari croient pouvoir suffire. L'enfant du reste se présente par la tête, et le col utérin commence à se dilater. A onze

heures on rompt les membranes, et tout semble aller bien, lorsqu'à minuit Mme D. dit que chaque contraction douloureuse de l'utérus s'accompagne de fourmillements et de contractions spasmodiques dans la cuisse droite. C'est après une de ces constatations que la malade est prise d'une attaque éclamptique parfaitement caractérisée par les trois périodes de stupeur, de convulsions et de coma. Il y a eu par conséquent ici une sorte d'*aura eclamptica* qui partait d'un point antérieurement malade, et dont je n'ai jamais entendu faire mention.

On croit d'abord à des phénomènes nerveux passagers, mais les attaques se renouvelant, on fait demander à la fois moi et le docteur Thorin.

Me trouvant le plus près de la malade, je suis arrivé bien avant le confrère (1 heure après minuit).

Je trouve la patiente dans un assoupissement qui lui laisse à peine quelque sensibilité pour se mouvoir quand on touche aux organes génitaux. La tête fœtale est presqu'entièrement descendue dans l'excavation, et le col, déjà mince, offre une dilatation de cinq centimètres de diamètre.

Je n'ai pas craint de proposer une application immédiate de léniceps pour délivrer la malade au plus tôt. Je procédais à cette application quand M. Thorin est arrivé, et ce confrère, comme le mari même de la malade, qui n'avaient pas encore vu une application de mon instrument, ont été surpris de la facilité de son mécanisme.

A l'arrivée de la première contraction utérine que j'ai constatée avec la main appliquée sur le ventre, j'ai commencé la traction, et bientôt j'ai ramené la tête fœtale derrière la vulve. Ici l'orifice externe était si étroit, que le mari même proposa des incisions latérales que je ne voulus pas faire. Le léniceps pouvant au besoin servir à retenir la tête quand elle avance trop vite, je m'en servis en attendant que je pusse retenir cette tête avec la main gauche. Avec la droite, j'opérais lentement l'extension artificielle en pressant sur l'espace ano-coccygien. De cette manière, la vulve s'est lentement prêtée et la tête est sortie à une heure et demie, sans avoir entamé même le replis muqueux de la fourchette.

La tête une fois dégagée, je suis allé à la recherche de

l'aisselle gauche que j'ai accrochée pour la porter en arrière, et en tirant dessus j'ai extrait l'enfant.

C'est un garçon un peu grêle (2,850 grammes), mais qui, après quelques moments d'hésitation, a bien respiré et bien crié.

La mère qui, pendant l'opération, avait été tenue en travers du lit, a été horizontalement replacée, et à la première contraction utérine, j'ai extrait le délivre (1 heure 40 minutes). Ce délivre était sain, quoiqu'un peu petit, comme l'enfant.

Toutes ces opérations avaient été commencées et finies sans qu'il fût survenu d'attaque éclamptique. Comment expliquer ce fait? La prédisposition, comme nous l'avons dit plus loin, quoiqu'existant ici, les convulsions n'ont cependant éclaté que pendant le travail, et peut-être par réflexion de la souffrance des organes génitaux; cependant, le plus fort de cette souffrance ne les a pas renouvelées. On n'a pas assez fait attention, en effet, à la périodicité des attaques éclamptiques, laquelle est souvent si rigoureuse, qu'on peut la prédire à une minute ou à une seconde près. C'est la loi que j'ai reconnue aussi aux contractions utérines dans le travail de l'enfantement, comme on peut le voir dans mon Essai sur l'accouchement physiologique.

Un quart d'heure après la délivrance, l'attaque reparaît; c'était la cinquième, et pour cette fois, je me suis borné à faire le traitement de la convulsion, c'est-à-dire : après avoir retenu la mâchoire inférieure contre la supérieure, et après avoir laissé les membres libres, j'ai abrégé le plus possible l'asphyxie qui arrive après les mouvements convulsifs. Cette abréviation, qui est à mon avis d'un immense secours, consiste à faire respirer, le plus vite possible, la femme par des succussions épigastriques et thoraciques. En garnissant l'index d'un anneau, on pourrait même se bien trouver de tirer les mucosités spumeuses de la bouche et d'abaisser la base de la langue. Comptant sur le sang perdu pendant l'accouchement et sur la décongestion de l'axe cérébro-spinal après le vide opéré dans l'abdomen, nous n'avons rien fait d'abord; mais une demi-heure après, une sixième attaque se présente; aussi, nous sommes d'avis d'employer l'inhalation du chloroforme.

Le premier effet de cette inhalation a été heureux, ainsi la malade a eu pour la première fois assez de lucidité pour répondre vaguement aux questions qu'on lui a adressées, et près d'une heure s'est écoulée sans que l'attaque ait reparu ; mais depuis, la convulsion s'est répétée tous les trois quarts d'heure, malgré l'usage du chloroforme. Connaissant exactement le moment où la convulsion arrive, nous insistons encore plus avant ce moment sur l'inhalation, et l'attaque n'en arrive pas moins.

Devant recourir à d'autres moyens, nous employons les drastiques donnés en lavements et par la bouche ; nous employons les sinapismes aux jambes et les compresses d'eau fraîche sur la tête ; mais loin de s'éloigner, les attaques reviennent toutes les demi-heures. L'espace même qui les sépare est occupé par une agitation presque continuelle de la malade. En désespoir de cause, je propose une application de ventouses scarifiées le long de l'épine dorsale, et j'en mets cinq de chaque côté du cordon des apophyses épineuses ; mais la convulsion n'en arrive pas moins ; tout au contraire, elle se répète tous les quarts d'heure.

Ne voyant pas d'amélioration, M. Thorin avait cru le cas désespéré et s'était retiré, tandis qu'en restant auprès de la malade, j'ai voulu essayer l'inhalation de l'éther, tout en mettant de la glace sur la tête, ainsi que deux vésicatoires camphrés sur les mollets. Après ces moyens, les attaques se ralentissent, et ce qui est surtout de bon augure, est que nous commençons à voir une simple agitation arriver au moment où devraient venir les mouvements convulsifs. L'état de la malade étant un peu meilleur, je la laisse à neuf heures, et elle est restée jusqu'à cinq heures du soir sans avoir de convulsions. Cette attaque, du reste, a été la dernière ; il n'est resté, avant comme après, qu'un coma assez profond.

La soirée et la nuit sont assez bonnes, et le 3, la malade est assez bien pour demander à uriner. On en profite pour examiner les urines, et l'on y trouve de l'albumine. Ainsi, quoiqu'il y eût eu bien peu de signes rationnels, l'albuminurie n'en existait pas moins ; mais ici, il ne faut pas s'en laisser imposer, c'est que les embarras seuls de la respiration

pendant les attaques peuvent faire passer aussi de l'albumine dans les urines ou l'augmenter s'il y en avait déjà.

Le mari de la malade a continué les soins nécessaires, et Mme D... allait de mieux en mieux. L'enfant, mis au sein d'une nourrice à la campagne, semblait aller bien, mais il a fini par mourir peu de jours après.

La mère avait commencé à se lever lorsque, le 18 du mois, c'est-à-dire le dix-septième jour après l'accouchement, on a appelé M. Thorin et moi pour revoir cette malade. Voici ce qui était arrivé.

Après la purgation opérée pendant et après le travail, Madame D... avait été fort constipée et avait dû employer des lavements. Les lochies, après avoir été rouges, étaient devenues rousses, et enfin purulentes; mais le 18, il y a eu des douleurs abdominales, s'irradiant vers la cuisse droite, exactement comme la malade les avait aux époques menstruelles, et comme elle les avait ressenties au moment d'être prise de convulsions. On dirait que l'ovaire droit, malade, ou tout au moins plus sensible qu'à l'état normal, était le point de départ d'une souffrance qui se réfléchissait plus ou moins loin, selon la gravité.

Nous trouvons à la pression cet ovaire fort douloureux, et enfin le pouls à 100. Le ventre est distendu par des gaz; en palpant avec attention, je crois même sentir des résistances inégales, comme si des matières indurées existaient dans l'intestin, et je propose 15 grammes d'huile de ricin; en même temps, nous avons ordonné des cataplasmes laudanisés *loco dolenti*.

Le mari de la malade, craignant un effet trop fort, avait donné seulement 12 grammes d'huile de ricin auxquels il avait ajouté 4 grammes d'huile d'amandes douces et une émulsion de gomme; mais cette mixture était restée sans effet. Il a fallu, le 19, donner des lavements salés pour avoir des selles. Le 20, je constate en effet que les duretés des fosses iliaques ont disparu, quoique le ventre et surtout l'ovaire droit conservent encore de la sensibilité.

Les émollients continués par la suite ont amélioré l'état de Mme D... Cependant, le 15 janvier 1862, il y a eu une légère métrorrhagie avec réapparition des douleurs du côté

droit, qui ne se sont pour ainsi dire jamais complétement suspendues. La pression a trouvé même un empâtement sur la région ovarique droite, qui a résisté aux émollients et aux fondants employés par le mari pendant longtemps.

Cette dame a repris de la fraîcheur et de l'embonpoint; mais elle n'a plus eu d'enfants (1868). Ce qu'il y a de plus curieux est la disposition qu'elle a conservée à avoir de l'albuminurie dans les urines ; peut-être y a-t-il là-dessous une néphrite cachée. Quant à la stérilité, ce n'est pas la première fois que je la vois arriver chez les femmes qui ont une sensibilité exagérée des ovaires, et surtout des ovarites chroniques d'un seul côté. On dirait que la maladie d'un de ces corps glandulaires paralyse la sécrétion ovulaire de l'autre, malgré la continuation régulière des menstrues.

OBSERVATION CCLXXI.

Primipare quoiqu'un peu avancée en âge. — Les distances dangereuses pour les accouchements. — Les inconvénients des homonymes. — Influence des parents sur le physique et le moral des enfants. — Influence de la conformation du bassin et de la santé de l'enfant sur le volume utérin et la saillie du ventre. — Grossesse prolongée jusqu'à 9 mois 1/2. — Rétrécissement du bassin. — Travail prolongé. — Forceps. — Garçon mort-né, quelle est la cause probable de cette mort? — La rétention d'urine chez les nouvelles accouchées, cause non encore indiquée. — Rétablissement de la femme sans accidents.

Le 13 décembre 1861, à sept heures du soir, j'ai été appelé par Mme K., de Choisy-le-Roy, près Paris, pour aller accoucher la femme de son commis, qui était en mal d'enfant depuis la veille.

Cette dame avait été mandée par M. le docteur Vernet, de la localité, lequel ne connaissant pas exactement mon adresse, l'avait cherchée dans l'almanach du commerce, et s'était arrêté au nom d'un docteur Mathey, logé faubourg Saint-Denis.

Outre les autres aventures d'homonymes, il m'est arrivé souvent de recevoir des lettres commerciales qui étaient adressées à un Mathey qui habite comme moi la rue Rivoli,

et il est arrivé à ce marchand de recevoir des lettres médicales qui m'étaient adressées La méprise a été non moins fréquente avec le docteur du faubourg Saint-Denis ; ainsi, une fois entre autres, ce confrère fut appelé en toute hâte auprès d'une femme atteinte de convulsions hystériques, et qui me réclamait à tout prix. L'arrivée du bon vieux du faubourg Saint-Denis fit jeter des cris à la malade, qui ne voulut même pas le voir. On fit mieux le message, et à mon arrivée la crise de nerfs avait fini ; l'émotion avait changé les convulsions en des rires que la malade partageait avec les assistants.

C'est une méprise analogue qui était arrivée à Mme K., laquelle s'était d'abord adressée au bon vieux du faubourg Saint-Denis. Elle avait dû d'abord l'attendre, ne l'ayant pas trouvé chez lui, et à son arrivée elle avait appris du docteur lui-même qu'il n'était pas question de lui, mais bien de Mattei l'accoucheur.

Cette femme, arrivée à Paris à deux heures de l'après-midi, ne m'a trouvé qu'à sept, et nous ne sommes arrivés à Choisy-le-Roi qu'à neuf heures du soir. Voici de quoi il s'agissait.

La malade est une primipare, quoique âgée de trente-six ans. Elle s'est mariée il y a un an avec un homme qui a reçu quelque instruction, mais qui est d'un jugement borné. Cet homme même s'est marié trois fois, et n'a jamais eu que des enfants morts. L'enfant seul qu'il a vivant est idiot.

Sa femme actuelle, de taille au-dessous de la moyenne, et d'un tempérament lymphatico-sanguin, est habituellement bien portante. Elle a eu ses dernières règles du 22 au 25 février 1861, et sa grossesse s'est assez bien passée. Ce qu'il y a eu seulement de particulier, est le volume du ventre, qui paraissait ici bien plus considérable que dans les cas ordinaires.

L'explication de ce fait deviendra plus facile dans un instant ; il est bon de savoir cependant déjà qu'il ne faut pas confondre dans la grossesse, comme on le fait ordinairement, la saillie du ventre avec son volume réel. Le volume proprement dit dépend du contenu de l'utérus, tandis que la saillie dépend à la fois du contenu et de la manière dont

l'utérus est supporté par le bassin et par les parois de la cavité abdominale.

Chez cette femme, il peut y avoir eu hydramnios, la mort de l'enfant paraît le faire pressentir, et ceci pourrait expliquer le volume utérin dans les derniers temps de la grossesse; mais il y avait aussi chez elle rétrécissement pelvien et petite taille, deux causes qui peuvent faire saillir fortement l'utérus en avant, sans que cet organe ait un volume anormal.

On attendait l'accouchement vers le 20 ou 25 novembre, et à ce moment il y a eu en effet des menaces, mais qui ne se sont pas réalisées. En attendant, le ventre grossissait toujours, sans qu'il y ait eu œdème aux jambes. Le vrai travail n'a commencé que le 12 décembre, c'est-à-dire à la demi-époque cataméniale, entre le neuvième et le dixième mois.

Ce retard est expliqué ici par la grossesse existant chez une femme primipare à un âge avancé, et où les préparations du col sont ordinairement plus tardives que chez les primipares d'un jeune âge. De plus, il est expliqué par le rétrécissement du bassin. En effet, les préparations ordinaires du col utérin sont, dans ces cas, assez tardives par le défaut de pression de la tête sur le segment inférieur de l'utérus.

Malgré ce retard, cependant, l'accouchement a suivi la règle que j'ai établie, c'est-à-dire d'arriver à la demi-époque cataméniale qui suit la neuvième, lorsque celle-ci n'apporte pas l'accouchement.

Les douleurs ont été assez légères chez cette femme, dans la journée du 12. Mais quoique fortes dans la nuit suivante, l'engagement de la tête fœtale n'a pas eu lieu. Le 13, à huit heures du matin, la poche des eaux s'est rompue spontanément, et six heures de temps se sont écoulées sans aucun profit pour l'engagement. Voyant les choses traîner en longueur, M. le docteur Vernet, médecin de la localité, a craint des complications sérieuses, et m'a fait demander.

Comme je l'ai dit en commençant, une méprise avait fait que je n'avais pas pu me rendre avant neuf heures auprès de la malade, aussi ne me voyant pas arriver dans la limite du temps jugée nécessaire, M. Vernet a craint que je ne fusse absent, et pour ne plus laisser souffrir la malade, il avait appliqué le forceps à sept heures et demie.

L'enfant était un garçon de taille ordinaire. Il est né mort, et on a attribué cette mort au travail. Mais quoique la malade dise en avoir senti les mouvements jusqu'au jour de l'accouchement, je constate que la peau est tachetée de bleu, et l'épiderme enlevé sur une large surface, là où a été appuyé le forceps. Le développement démesuré du ventre, du reste, faisait craindre déjà cette mort avant même que le travail ne fût commencé.

Au moment de mon arrivée, la malade était assez bien, seulement la vessie était tellement distendue, qu'elle masquait presqu'entièrement l'utérus, et il pourrait même se faire que cette distension ait contribué pour quelque chose dans le retard du travail. J'ai engagé la malade à uriner, et il lui a fallu, pour ainsi dire, un effort prolongé pour pouvoir vider la vessie.

La pression qu'exerce la tête fœtale sur l'urètre distendu par allongement, peut expliquer la rétention de l'urine pendant la grossesse et au moment de l'accouchement; mais après la sortie du fœtus et après la sortie du délivre, la compression n'existe plus, et cependant la difficulté d'uriner est encore plus fréquente que pendant la grossesse.

On a expliqué cela par une sorte de paralysie qui frapperait alors la vessie, et je ne veux pas nier absolument le fait, comme je ne veux pas nier non plus qu'une contusion de l'urètre pendant l'accouchement ne puisse faire gonfler la muqueuse du canal et intercepter le passage du liquide; mais une cause qu'on n'a pas indiquée est celle du froncement du canal qui suit la déplétion utérine.

L'urètre, pendant la grossesse, est ordinairement allongé par le développement de la vessie au-dessus des pubis, tandis qu'après l'accouchement cet organe tombe dans le petit bassin, et le canal, d'allongé qu'il était, devient très-court, c'est-à-dire qu'il se replie plusieurs fois sur lui-même, et en se repliant, il rend le passage des urines plus difficile qu'à l'état normal. C'est le cathétérisme qui m'a fait connaître cet obstacle, car dans ces cas, le bec de la sonde est obligé de suivre les angulosités du canal, et souvent on voit le pavillon de l'instrument tourner plusieurs fois sur lui-même avant que le bec pénètre dans la cavité vésicale. Cette diffi-

culté d'uriner suit immédiatement le travail et se corrige spontanément au bout de quelques jours, mais pendant ce temps elle peut amener des accidents graves si la vessie n'est pas vidée.

La malade étant restée entre les mains de M. Vernet, je n'ai plus eu à m'en occuper. On devait me prévenir en cas d'accidents graves, mais on ne m'a plus rien fait dire, preuve que le reste s'est bien passé.

OBSERVATION CCLXXII.

Pluripare. — Relations entre la menstruation et l'allaitement. — Influence de l'allaitement sur l'ovulation et la fécondation. — Epistaxis cataménial pendant la grossesse. — Préparatifs du col utérin et leur influence sur l'arrivée du travail. — Particularités des contractions utérines.—Comment il faut rompre la poche des eaux.—Influence de l'obésité sur la grossesse et l'accouchement.—Avantages du palper sur le toucher vaginal et l'auscultation.—Léniceps, précautions à prendre au détroit supérieur. — Utilité des petites manœuvres obstétricales. — Naissance d'un garçon bien portant. — Particularités du globe utérin pendant les suites de couche. — Précautions à prendre chez les femmes qui veulent nourrir. — Rétablissement de la malade sans fièvre.

Mme B., depuis son dernier accouchement, (v. obs. CXCI), s'était bien portée, quoique nourrissant son enfant, lequel est mort de pneumonie à l'âge de sept mois et demi.

Pendant tout le temps de l'allaitement, Mme B., ce qui est,du reste, le cas ordinaire, n'avait jamais vu ses règles, tandis que huit jours après la mort de cet enfant, l'écoulement a reparu (le 2 mars 1861) et a duré, comme d'habitude, pendant trois jours. Elle attendait encore ses menstrues en avril; mais elles n'ont plus reparu. Mme B. était enceinte pour la troisième fois.

Le fait de la cessation des menstrues pendant l'allaitement a été noté de tout temps, et si on a moins souvent remarqué la fécondation immédiatement après la cessation de l'allaitement, je ne suis pas cependant le premier à faire cette observation. Ce qui ne me paraît guère avoir été donné est une explication plausible de tous ces phénomènes.

La relation fonctionnelle entre la matrice et les seins, constatée de tout temps, fut un instant expliquée par la découverte de l'anastomose des artères mammaires internes avec les artères hypogastriques; puis on perdit de vue cette donnée anatomique, et le mot *sympathie* tint lieu de tout. Les partisans outrés du vitalisme diraient que la menstruation n'a pas lieu pendant l'allaitement pour ne pas trop affaiblir la femme, ou parce que l'afflux ayant lieu vers les seins, il ne peut pas avoir lieu vers l'utérus. Enfin, ils diraient que, tant que la femme allaite, elle ne doit pas faire d'enfant, et cette idée serait corroborée par les opinions générales qu'on a sur l'ovulation : c'est-à-dire que, tant qu'il n'y a pas de menstruation, il n'y aurait pas de fécondation, parce qu'alors l'ovulation n'aurait pas lieu.

Pour moi, au contraire, l'anastomose à travers les parois thoracico-abdominales est la principale cause que l'on doit admettre pour expliquer ces faits. De même que chez l'enfant nouveau-né la ligature du cordon ombilical augmente la plénitude des vaisseaux hypogastriques et fait distendre souvent les glandes mammaires, de même chez la femme accouchée les mamelles se gonflent lorsque l'utérus resserré ne reçoit plus le sang qu'il recevait pendant la grossesse. Les choses restent les mêmes pendant et après l'allaitement, c'est-à-dire que la succion, en appelant le sang aux mamelles, ce liquide ne fait que passer par les artères hypogastriques, tandis que l'allaitement une fois cessé, il stagne dans ces vaisseaux, et l'utérus congestionné donne bientôt son écoulement habituel.

La congestion des organes du bas-ventre peut aussi hâter l'ovulation, et la chose est si vraie que la fécondation arrive plus d'une fois après le sevrage, sans que l'écoulement menstruel ait encore reparu. Ainsi, chez Mme B., la seule menstruation qu'il y a eu a été accompagnée d'ovulation; mais, à la rigueur, l'écoulement sanguin aurait pu manquer malgré la présence de l'ovulation et de la fécondation.

Dans le cours de cette grossesse, Mme B. s'est si bien portée qu'elle n'a eu ni nausées, ni vomissements; seulement, aux époques cataméniales, il y a eu, comme aux grossesses précédentes, des épistaxis. Il faut savoir aussi que cette

dame, déjà obèse avant de devenir nourrice, l'était encore plus devenue après avoir cessé de nourrir, et cet état pouvait contribuer à provoquer les hémorrhagies dont je viens de parler.

La neuvième époque cataméniale correspondrait entre le 2 et le 5 décembre; mais à cette époque il n'y a que des malaises. J'avais déjà vu Mme B... avant ce moment; je la revois alors, et voici ce que je constate:

Le volume du ventre paraîtrait être plus fort que d'habitude pour une grossesse à terme; mais cela tient surtout à l'obésité. Un fait même me frappe: c'est que, malgré la distension des parois abdominales, la dépression de la cicatrice ombilicale est encore profonde, comme si la femme n'était pas grosse.

L'épaisseur des parois abdominales ne m'empêche pas, cependant, de constater par le palper la présence d'un enfant situé en première position du vertex (O. J. G. A.) Je pratique le toucher vaginal et je trouve que le col n'a pas encore éprouvé les modifications qui annoncent l'approche du travail. La tête fœtale est toujours élevée.

Le bassin, qui n'est pas spacieux ici, et peut-être l'obésité, ont retardé ces préparations; des malaises ont continué les 6, 7, 8 et 9 du mois. Enfin, le vrai travail n'a commencé que dans la nuit du 9 au 10 décembre.

Appelé à huit heures du matin, le 10, je trouve cette fois le col encore un peu épais, mais déjà dilaté au point d'offrir 3 centimètres de diamètre; la tête fœtale, cependant, est encore élevée, les contractions utérines sont à cinq ou six minutes d'intervalle, et après mon arrivée elles vont en se ralentissant jusquà dix minutes.

Ces contractions ont offert les particularités que voici: lorsque la douleur vient, elle semble composée de deux qui se suivent de près, et dont la seconde est toujours plus forte que la première. On peut appeler ces contractions subintrantes; elles durent ensemble trois minutes environ, tandis que lorsque la contraction vient seule, elle ne dure qu'une minute.

Je fais coucher la malade sur le lit de misère, pour faciliter le transport du col en avant, et je hâte la dilatation

de ce col par une douce pression opérée avec la pulpe du doigt. A neuf heures dix minutes, je perce la poche des eaux pour abréger le travail, mais pour ménager l'écoulement du liquide, nécessaire ici, je fais l'ouverture avec une aiguille fine à tricoter.

Le palper m'ayant donné des connaissances précises sur la position de l'enfant, et le toucher vaginal les ayant confirmées, je ne m'en préoccupais plus; mais pour constater la vitalité de cet enfant, j'ai pratiqué l'auscultation, et j'ai trouvé le maximum absolu des pulsations cardiaques au-dessus et à gauche du nombril. On aurait dit qu'il s'agissait d'une présentation du siége, et cependant il y avait une présentation de la tête. Le léger rétrécissement palvien et surtout l'obésité expliquaient le fait jusqu'à un certain point, mais ce n'est pas la première fois que le palper bien pratiqué rectifie sous ma main les erreurs du toucher vaginal et de l'auscultation.

L'écoulement lent des eaux laisse la poche être appréciable encore pour quelque temps, surtout pendant la contraction utérine, et en attendant, la déplétion favorise les efforts de la matrice.

Les contractions étaient à la distance de cinq minutes, lorsque la malade se lève à neuf heures quarante minutes pour changer de chemise et marcher un peu, mais les douleurs cessent aussitôt. La chose est facile à comprendre : c'est que, dans la station verticale, la tête du fœtus ne pressait plus sur le col utérin; aussi j'ai fait recoucher la malade à neuf heures cinquante-cinq minutes, et les douleurs ont repris aussitôt.

Je laisse le travail marcher; et, en attendant, je vais faire dans le voisinage quelques visites pressantes. De retour à onze heures un quart, je trouve les choses à peu près dans l'état où je les avais laissées; à peine si la tête commence un peu à s'engager à travers le détroit supérieur.

Les contractions se rendant énergiques, j'essaie de faire chevaucher le col sur la tête fœtale, mais sans succès pour l'engagement, ce qui me porte à dire qu'il faudra probablement employer le léniceps. On a d'abord hésité; et voyant, à une heure de l'après-midi, que nous n'étions pas plus

avancés, on a enfin permis l'application de l'instrument.

L'introduction des branches est facile, mais je sens, en articulant ces branches, que la prise n'est pas assez bonne, et si je tirais, je glisserais assurément. J'ai alors retiré la branche droite, puis j'ai poussé plus haut la branche gauche, en portant la cuillère en avant, et le manche en arrière. J'ai réappliqué la branche droite en lui donnant la direction de la gauche, et cette fois j'ai senti que la prise était bonne. Ainsi, voilà une tête située bel et bien sur le détroit supérieur, et cependant mon léniceps la saisit très-bien, quoiqu'on ait répété le contraire à satiété.

Aux douleurs qui suivent je fais des tractions et la troisième a suffi à faire descendre la tête dans l'excavation. Je relève la lèvre antérieure du col avec le pouce de la main gauche, pendant que je fais les tractions avec la main droite seule, et la tête fœtale est bientôt arrivée à la vulve. Ici les parties molles qui constituent le plancher du bassin sont si épaisses, que l'ouverture anale et vulvaire sont tendues, quoique encore épaisses et saillantes. Dès que la tête a eu dépassé le détroit inférieur du bassin, j'ai retiré le léniceps, et j'ai ménagé la sortie céphalique par le moyen de l'extension artificielle que j'ai décrite tant de fois ailleurs.

La tête une fois sortie, je suis allé à la recherche de l'aisselle gauche, que j'ai portée en arrière avec deux doigts; puis, agissant sur les épaules par l'extension artificielle, comme j'avais agi sur la tête, j'ai fait sortir le tronc sans occasionner de déchirures (il est 1 heure 10 minutes).

L'enfant est un fort beau garçon (3,400 grammes) qui respire parfaitement. Il ne porte aucune trace des cuillères du léniceps, que j'avais du reste recouvertes avec une chemise en caoutchouc.

La délivrance a été presque immédiate, quoique j'aie cependant exercé de légères tractions. Placenta sain. Après avoir administré à la malade un gramme et demi de seigle en deux fois, et après lui avoir serré le ventre comme d'habitude, je l'ai laissée en très-bon état. Bouillons, potages.

Le reste de la journée et la nuit sont on ne peut mieux. Le 11, pas de fièvre. Comme les seins sont encore flasques, je fais donner à l'enfant du lait coupé. La matrice semble être

volumineuse et molle, mais il faut faire ici la part de l'épaisseur des parois abdominales; ainsi, après l'accouchement encore, ces parois sont si épaisses que, pour les pincer, il faut les prendre à pleines mains.

Le 12, les seins commencent à gonfler, quoiqu'il n'y ait pas de fièvre; aussi on commence à les faire présenter à l'enfant pendant peu de minutes, pour ne pas fatiguer les mamelons. Le 13, le mieux continue; l'utérus semble être encore de niveau avec l'ombilic, mais je ne m'en préoccupe pas, attendu le volume apparent que lui donne l'obésité Ce qui est plus à remarquer est que le globe utérin se porte à gauche, quoique la malade se tienne couchée sur le dos ou sur le côté droit.

Le reste des suites de couches s'est passé sans fièvre et sans accidents, si ce n'est qu'il y a eu de la sensibilité à la marge de l'anus, où il s'était fait peut-être de légères éraillures pendant le travail; mais tout a bientôt disparu avec quelques lotions émollientes d'abord, et puis avec des lotions vineuses.

La mère a fini par se remettre complétement, et a nourri elle-même son enfant au sein.

OBSERVATION CCLXXIII.

Pluripare. — Mariage tardif, ses conséquences. — L'albuminurie et le rhumatisme pendant la grossesse. — L'homœopathie, ses prétentions sur la grossesse et l'accouchement. — Comment on doit se comporter avec les homœopathes. — Mort intra-utérine du fœtus. — Hydramnios, ses causes probables. — Accouchement prématuré. — La contraction permanente et la tension mécanique de l'utérus. — Action des médicaments qui portent plus spécialement sur le système nerveux. — La forme bizarre de la matrice et les contractions partielles de cet organe. — Ponction des membranes avec un instrument filiforme, ses avantages. — Chloroforme. — Leniceps, ses avantages. — Difficultés de l'engagement des épaules fœtales par suite d'hydrothorax. — Délivrance immédiate. — Infiltration séreuse du placenta. — Peut-on confondre les douleurs rhumatismales avec les douleurs causées par l'administration des médicaments homœopathiques? — Rétablissement lent de la malade.

Le 30 décembre 1861, à quatre heures du soir, j'ai été

appelé en consultation par le docteur C., pour aller voir Mme F., logée rue du Bac.

Cette dame, native du Pas-de-Calais, et habitant Paris depuis l'âge de dix-sept ans, est une orthopédiste, par conséquent fort instruite pour son sexe. De taille moyenne, de tempérament nerveux et d'une constitution maladive, elle a été sujette surtout aux rhumatismes, et a subi plusieurs traitements; mais enfin elle avait fini par se remettre depuis trois ans, au point qu'elle ne portait même plus de flanelles sur la peau.

Réglée à seize ans, elle avait continué de voir tous les mois pendant trois jours. Mariée à vingt-six ans à un officier supérieur de l'armée plus âgé qu'elle, elle a eu une première grossesse qui s'est terminée à quatre mois par un avortement, après avoir beaucoup souffert de douleurs dans l'abdomen. Par la suite, il y a eu encore une fois suppression de règles, ce qui a fait croire à une deuxième grossesse; mais comme les menstrues sont revenues sans qu'on ait constaté l'expulsion d'un produit, il est probable qu'il s'agissait d'un simple retard.

La santé était bien revenue, lorsque Mme F. a vu une dernière fois ses règles du 9 au 12 mai 1861, et c'est de là que date la deuxième grossesse dont il va être question.

Dans le cours des premiers mois, il y a eu des indispositions insignifiantes, de sorte que la malade s'est bien portée, et à cinq mois elle a bien senti les mouvements fœtaux; mais bientôt elle a été reprise de douleurs rhumatismales dans les membres inférieurs, surtout le long des nerfs sciatiques, et quelquefois dans les parois du thorax et de l'abdomen, douleurs que le médecin traitant a bientôt soulagées.

On attendait l'accouchement vers le 9 février 1862, lorsque, vers le 20 décembre 1861, cette dame a été prise de malaises suivis de douleurs abdominales. Après ces douleurs, le ventre a bientôt grossi, les mouvements fœtaux ont cessé, et les jambes ont enflé. Le docteur C. a essayé de parer à ces accidents, mais n'ayant pas réussi, il m'a prié le 30 décembre de voir la malade avec lui.

J'ai trouvé cette dame sans fièvre, le visage un peu coloré,

quoique les traits contractés indiquent la souffrance. En effet, les douleurs abdominales, devenues permanentes, ont empêché la malade de dormir depuis cinq nuits, et elle ne peut même pas se coucher; il faut qu'elle se tienne toujours assise sur un fauteuil. Le ventre est tendu au point que la peau dont il est recouvert est luisante. Il est comme divisé en deux lobes dont le droit est plus fort que le gauche. Cette tension s'accompagnant de sensibilité douloureuse rend le palper un peu obscur, mais en y allant avec soin, on sent que l'utérus, loin d'être aussi gros qu'à huit mois, atteint le haut de l'épigastre comme s'il était à terme.

En explorant le ventre en détail, je constate de l'hyperesthésie sur les points d'émergence des nerfs cutanés, mais la plus grande sensibilité est dans le corps même de l'utérus, qui se contracte parfois en augmentant d'une manière visible sa tension. Je pratique le toucher vaginal, et je ne puis pas atteindre le col, la malade étant assise; je constate seulement que le segment inférieur de l'utérus est assez épais pour faire croire qu'il n'y a guère de travail de fait. L'auscultation comme le palper ne constatent aucun signe de vie fœtale. J'examine les urines, et je trouve qu'elles sont troubles, assez rouges, et surtout qu'elles renferment une quantité notable d'albumine.

S'agissait-il ici d'un simple cas d'albuminurie? Assurément non; l'albuminurie n'est pas tout; bien plus, elle peut être symptômatique d'une gêne des voies respiratoires ou d'autres causes. Ce qui primait ici était un rhumatisme utérin compliqué d'une distension démesurée de l'organe gestateur, et cette abondance d'eau amniotique pouvait être occasionnée autant par le rhumatisme lui-même que par la mort du fœtus.

Combattre l'élément rhumatismal et opérer une déplétion séreuse était pour moi ce qu'il y avait à faire; je dis par conséquent au docteur C. que si la malade était plus forte peut-être aurait-on pu pratiquer une petite saignée, mais que, pour le moment, j'étais d'avis de donner toutes les quatre heures une pilule composée de 0,10 sulfat. quinine et de 0,20 pâte de cynoglosse, de faire des frictions sur les membres avec de la laine pendant que la malade serait plongée dans

un bain de Barèges; enfin, de donner un léger laxatif et des tisanes diurétiques.

On s'est contenté d'administrer les pilules quiniques, et les voyant sans effet, on avait pratiqué une petite saignée; mais loin de diminuer, les douleurs avaient augmenté.

Je revois la malade le 31, à trois heures de l'après-midi, et elle me dit que ses crises douloureuses sont devenues plus rapprochées, presque permanentes. J'examine le ventre, et je trouve que la partie droite est moins forte que la veille. Dans le doute que cette bipartition ne fût le résultat d'une hydrométrie au lieu d'un hydramnios, j'essaie de produire la fluctuation en donnant sur le ventre des chiquenaudes avec les doigts d'une main, pendant que j'appliquais largement l'autre main sur un point plus éloigné. Je constate en effet une fluctuation un peu obscure, plus prononcée à gauche qu'à droite, et qui va d'une extrémité à l'autre de la tumeur utérine, preuve que les deux lobes ne sont pas séparés par une cloison complète. J'en étais à croire à une conformation anatomique bilobaire de l'utérus, lorsque, sous mes yeux, ces deux lobes ont changé de forme. La matrice s'est faite plus arrondie et s'est couverte de bosselures plus petites. J'avais par conséquent affaire à des contractions partielles de cet organe. Il est même arrivé un moment que la tumeur utérine s'est divisée en deux lobes, dont un supérieur et l'autre inférieur, séparés par un étranglement horizontal situé au niveau du nombril.

Ces contractions correspondent à des douleurs qui simulent parfaitement le travail d'enfantement, mais qui n'aboutit pas. Elles sont du reste assez irrégulières, puisqu'elles n'ont guère de période, et viennent tantôt à cinq, tantôt à sept ou onze minutes. J'explore le col utérin que je puis atteindre cette fois, et que je trouve entr'ouvert; mais en y passant le doigt, je sens qu'il se resserre. Ce resserrement confirme les contractions partielles de l'utérus et le rhumatisme dont cet organe est atteint. J'ai pu avec le doigt toucher les membranes de l'œuf, qui sont fort tendues, et à travers lesquelles je sens une partie fœtale.

Le siége des douleurs que ressent la malade lors de la contraction utérine est tantôt au bas ventre, tantôt aux lombes, et surtout plus à gauche qu'à droite, mais la souffrance est

telle, que la malade se tord sur son fauteuil. J'essaye de modérer ces douleurs en faisant respirer du chloroforme à quatre heures et demie, et, sans endormir la femme, nous lui rendons les douleurs moins pénibles; auparavant, elles duraient jusqu'à deux minutes, et maintenant elles ont diminué de moitié.

Je laisse la malade un peu mieux pour aller faire des visites pressantes, et je retourne à huit heures, me proposant de passer la nuit auprès d'elle.

A mon retour, la malade était aussi mal qu'avant le chloroforme, aussi j'ai proposé de placer sur le col utérin un liniment de parties égales laudanum et extrait de belladone, mais avec peu de confiance; j'ai insisté au contraire sur la ponction immédiate de l'œuf avec une fine aiguille à tricoter. L'ouverture faite ainsi permettrait une déplétion lente de l'utérus, et n'exposerait pas l'enfant, si par cas il vivait encore.

Le docteur C. aurait accepté le dernier de ces expédients, mais le mari de la malade, et surtout un personnage qui se trouvait alors à la maison, se sont effrayés à l'idée d'une opération, et ont voulu en consultation un troisième médecin, M. H.

Celui-ci, en arrivant, commence par dire qu'il est homœopathe, croyant qu'à ce mot je me retirerais de la consultation, puis il se met à disserter sur les principes scientifiques de sa méthode. J'ai coupé court en disant que l'homœopathie ne m'effrayait pas, et qu'il était inutile de discuter sur des sujets étrangers à la maladie. Je lui ai dit en peu de mots ce que j'avais constaté, ce que je venais de faire, et ce que je me proposais d'employer. S'il avait quelque chose de mieux, il pouvait le proposer, et s'il était bon, je l'aurais accepté, quand même ce fût un moyen homœopathique.

Je m'étais douté que le docteur C. penchait aussi un peu de ce côté, mais j'avais vu d'autres malades avec lui, où il faisait la médecine ordinaire. J'ai su depuis qu'il emploie les moyens homœopathiques, mais non exclusivement, et surtout qu'il les emploie à des doses allopathiques, ce qui n'est peut-être pas sans danger.

La scène qui se passa entre mes deux interlocuteurs mé-

rite d'être rapportée. Le docteur H. proposait diverses substances homœopathiques, et le docteur C. répondait successivement : *Mais je les ai déjà employées sans succès* ! Ne pouvant pas avoir gain de cause sur la substance, on varie la dilution, et enfin ils s'arrêtent à celle de belladone (3 globules à la 12e dilution dans 125 grammes d'eau distillée) à prendre par cuillerées, une toutes les heures.

Comme la famille et la malade elle-même acceptèrent la détermination de ces deux médecins, et que, du reste, ils proposaient la belladone, que j'avais proposée moi-même en topique, je me résignai à laisser faire; seulement avec la convention de percer aussitôt la poche amniotique si la potion homœopathique restait sans effet. Pour plus de sécurité, je passai la nuit auprès de la malade, et je pus m'assurer que la dilution n'avait produit aucun effet, la malade n'a pas fermé les yeux ; aussi, le 1er janvier (1862), on me permet, à neuf heures du matin, de percer les membranes avec une aiguille fine à tricoter, c'est ce que j'ai fait sur deux points de la poche un peu éloignés l'un de l'autre.

Les eaux se sont écoulées goutte à goutte, et la simple déplétion de l'utérus a tellement soulagé la malade, qu'elle s'est endormie pendant trois quarts d'heure. A son réveil, elle a pris du potage ; bref, elle s'est restaurée, chose qu'elle n'avait pu faire depuis dix jours.

Les moyens homœopathiques, étant jugés pour ce cas, on m'a laissé libre d'agir comme je l'entendais pour le restant. Si, comme l'ont conseillé bien des confrères, je m'étais retiré à l'annonce de l'homœopathie, j'aurais donné occasion aux deux médecins présents de dire que j'avais fui ou devant les principes ou devant les effets de leur science. J'ai préféré juger de près les uns et les autres. Si tous les médecins en faisaient autant, l'homœopathie serait bientôt aux abois pour ce qu'elle a d'imaginaire, et l'on connaîtrait plus vite ce qu'elle peut avoir de réellement bon.

La tension utérine n'étant plus si prononcée, j'ai pu, à trois heures, reconnaître, au palper, que nous avions affaire à un enfant situé en présentation du sommet, l'occiput à droite et en avant (O. J. D. A.). Il y a des contractions utérines qui arrivent environ toutes les heures, et qui sont

peu douloureuses. Une de ces contractions fait éclater les membranes et une quantité d'eau s'écoule. Chose curieuse, nous voyons dans la soirée désenfler même un peu les jambes de la malade.

A sept heures, les contractions sont à une demi-heure d'intervalle, et se rapprochent successivement, de manière qu'à trois heures après minuit, elles sont à la distance de trois à quatre minutes. Le travail du côté du col, cette fois, paraît vouloir avancer, la tête fœtale plonge dans l'excavation, de sorte que tout semblait promettre une prompte terminaison. La malade elle-même était moins souffrante que la veille, mais les choses éprouvent un temps d'arrêt depuis une heure après minuit.

La tête n'avance plus, le col, non complétement dilaté, s'épaissit et devient douloureux au toucher; enfin, la femme retombe dans l'agitation dont elle était si heureusement sortie.

J'essaie, à deux heures après minuit, de lui faire respirer du chloroforme, et elle en est soulagée. Je remarque en même temps que la matrice se contracte partiellement, et la malade accuse précisément la douleur là où je constate moi-même la saillie d'une bosse passagère. Ne voulant pas prolonger indéfiniment le chloroforme, j'essaie de le remplacer à trois heures et demie par un lavement laudanisé, mais l'état de la malade s'aggrave plutôt qu'il ne s'améliore, les douleurs deviennent plus vives et plus prolongées, le pouls, de calme qu'il était, monte à 100, enfin il y a des vomissements. Le chloroforme lui-même ne calme plus la malade.

L'insuffisance de la dilatation du col, et surtout la répugnance excessive de cette famille pour les opérations m'avaient jusque-là empêché d'appliquer le leniceps; mais à six heures du matin, le 2 janvier, je déclare que cet instrument, désormais applicable, est le seul moyen à employer; et l'on m'a enfin permis d'agir.

L'introduction de l'instrument a été facile, mais dès que j'ai voulu opérer des tractions, j'ai trouvé de grandes résistances. Le col utérin, qui n'était encore ni complétement dilaté, ni complétement effacé, se porte en avant et gonfle

sous la traction. Je le relève avec une main pendant que je tire sur l'instrument avec l'autre, et c'est petit à petit que la tête arrive derrière la vulve. Ici j'ai retiré l'instrument pour mieux faire sortir cette tête par l'extension artificielle, et le passage, quoique très-lent, a un peu entamé la fourchette, qui était infiltrée comme le restant des organes génitaux.

La tête, une fois sortie, est restée enfouie dans le sillon vulvaire, preuve que les épaules étaient encore au-dessus du détroit supérieur du bassin. L'épiderme de la face fœtale s'enlevant à la plus petite pression, je n'avais plus à ménager la vie de l'enfant; je fais des tractions sur le cou, mais sans effet pour la descente; il m'a fallu à grand'peine aller à la recherche des aisselles, et tirer dessus avec violence. Les épaules une fois sorties, il m'a fallu tirer encore avec force pour avoir le reste.

C'est un garçon de huit mois environ, dont les cavités thoracique et abdominale sont distendues par de la sérosité, ce qui explique les difficultés de l'accouchement.

Le placenta était à la vulve au moment de la sortie de l'enfant, et il offrait, lui aussi, une infiltration séreuse, manifestée surtout par le volume, la mollesse et la friabilité de l'organe.

Je fais donner à la malade un gramme d'ergot de seigle, et l'utérus se contracte bientôt. Le docteur C. avait assisté à tout l'accouchement, et à huit heures nous quittons la malade en donnant ordre de répéter le seigle au besoin.

Le 3, on me prie de revoir cette dame, et je la trouve fort bien: pas de fièvre, ventre indolore; mais je ne sais à propos de quoi le médecin traitant lui a administré une dilution d'aconit.

Dans la journée même du 3, cette dame est prise de douleurs en divers points du corps, et le pouls devient intermittent. On m'appelle le soir, mais comme son médecin n'était pas présent, je me suis borné à faire faire des frictions anodines et surtout à faire suspendre la potion d'aconit. Pour moi, ces douleurs étaient plus l'effet de l'aconit que du rhumatisme lui-même.

Comme j'ai été appelé plusieurs fois en consultation avec le docteur C., et que j'ai trouvé déjà d'autres femmes grosses dans la position de Mme F., je ne sais pas si l'homœopathie

n'a pas à se reprocher d'avoir aggravé la position des femmes et des enfants pendant la grossesse et les suites de couches.

Mes seules prescriptions ont suffi à soulager la malade, et le 4 les douleurs n'ont pas reparu, il y a au contraire de l'appétit. Les jours suivants, le mieux se prononce. Je vois la malade le 7, et quoique la trouvant assez bien, je constate encore un pouls irrégulier, ce qui me fait penser que M. C. a donné de nouveaux médicaments homœopathiques à doses peut-être trop élevées, c'est ce qui en effet avait eu lieu. Du reste ma tâche finissait, et je n'ai pas voulu détruire la dévotion de cette famille pour l'homœopathie. On m'a dit ce jour même que le médecin traitant avait déjà prédit que, pour se remettre, cette malade avait besoin de rester encore au lit pendant six semaines!!!

OBSERVATION CCLXXIV.

Primipare, quoiqu'avancée en âge. — Grossesse pénible, causes du fait. — Développement énorme du ventre. — Symptômes singuliers aux membres inférieurs. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Travail long et pénible. — Naissance de deux jumeaux, un garçon vivant et une fille morte. — Remarques sur le sexe en pareil cas. — Double application de forceps. — Particularités des accouchements doubles. — Rapports entre le volume et la position des deux enfants. — Hémorrhagie grave interne et externe, ses causes. — Insuffisance pour l'arrêter des topiques externes. — Efficacité immédiate de la compression de l'aorte. — Contraction de l'utérus consécutive au seigle. — Action des alcooliques dans les hémorrhagies. — Suture périnéale. — Rétablissement de la femme sans de graves accidents.

Le 1er février 1862, j'ai été appelé par M. le docteur Douvillé à trois heures de l'après-midi, pour lui venir en aide dans un accouchement qu'il faisait rue Babieul; mais comme j'étais en tournée de visites, je n'ai pu me rendre à l'invitation qu'à ma rentrée (5 heures 1/2). Voici de quoi il s'agissait.

La malade est une dame âgée de trente-quatre ans, de taille moyenne, de tempérament lymphatique bilieux, et d'une assez bonne santé. Ordinairement bien réglée, elle

s'est mariée il y a seulement deux ans et a passé plus d'un an sans grossesse.

Elle a eu sa dernière menstruation du 27 au 30 avril 1861. La grossesse a été pénible, car madame a vomi tous les neuf mois; mais ce qui l'a le plus frappée est d'une part le développement énorme qu'a pris bientôt son ventre, et d'autre part des phénomènes assez singuliers du côté des jambes. Ainsi la jambe gauche était prise d'un engourdissement douloureux presque permanent, et la jambe droite, qui n'était pas douloureuse, était œdématisée.

Quoique le diagnostic n'ait pas été porté durant la grossesse, l'accouchement est venu démontrer qu'il y avait ici deux jumeaux, et c'est à la présence des deux fœtus assurément, qu'était dû le volume précoce et considérable du ventre. Malheureusement la grossesse multiple n'est pas le seul cas où l'utérus acquière ce développement, mais si avec cela on pratique avec soin l'auscultation et surtout le palper abdominal, on parvient à diagnostiquer soit les grossesses multiples, soit celles où l'extension utérine tient à autre chose. Peut-on rattacher à la grossesse gémellaire la singularité des phénomènes observés dans les jambes? Certainement oui, et on n'a pas assez fait attention à ces phénomènes comme signes présomptifs de grossesse multiple. L'engourdissement douloureux que l'on observe dans la grossesse simple est rare, ou bien de plus courte durée, bien que, dans l'un comme dans l'autre cas, il tienne à la pression exercée par le fœtus sur les nerfs du membre correspondant; mais si la pression porte d'un côté, elle ne porte pas de l'autre. Or, nous voyons ici le membre opposé être seul œdématié évidemment, parce qu'il y avait compression de la veine iliaque de ce côté. Ainsi, les deux enfants qui, comme nous le verrons, se présentaient par la tête, exerçaient une compression double et tout à fait diverse. C'est un phénomène de plus à inscrire parmi les signes rationnels de la grossesse multiple.

L'âge avancé de la malade a pu entrer pour quelque chose dans les malaises de la grossesse, mais cela tenait surtout à la grossesse multiple ou plutôt à la souffrance utérine qui accompagne cette grossesse.

Quoique dans les grossesses multiples l'accouchement devance souvent le terme, cette malade a eu les 27, 28, 29 et 30 janvier (neuvième époque cataméniale), les menaces d'un travail qui ne s'est déclaré pourtant que le 31, dans l'après-midi.

Appelé auprès de cette dame, M. Douvillé a constaté un travail commencé, mais encore assez irrégulier; ainsi les contractions utérines étaient tantôt fréquentes et régulières, tantôt lentes jusqu'à se suspendre pendant deux heures entières. Il a constaté qu'une tête fœtale était déjà dans l'excavation, il a trouvé des bruits cardiaques à droite du ventre, et un bruit de souffle à gauche. La poche n'existait déjà plus.

Espérant que les choses prendraient une marche décisive, ce confrère a passé la nuit auprès de la malade, mais sans résultat; et la journée du 1er février commençant déjà à s'avancer, il m'avait fait appeler à trois heures après-midi pour lui venir en aide.

Ne m'ayant pas trouvé, il s'est, avec raison, déterminé à agir par une application de forceps. Il me dit avoir essayé le forceps ordinaire de nos écoles, qui est, comme on le sait, assez long, et il n'a pas pu réussir. Il a pris alors un forceps anglais, dont les cuillers sont plus courtes et plus courbes, et il a pu extraire l'enfant. C'était un garçon vivant, de moyen volume (2,950 grammes).

Après quelques instants de repos, M. Douvillé suit le cordon avec les doigts pour se préparer à faire la délivrance, et il sent profondément un autre enfant encore enveloppé de ses membranes. Comme c'est la tête qui se présente, et que la matrice est encore moins énergique pour effectuer l'expulsion, le confrère rompt la poche et fait une deuxième application de forceps. Cette fois il emmène une fille plus petite que le garçon (2,810 gr.), et morte évidemment dans le cours du travail.

La délivrance a suivi de près, et tout était fini à cinq heures; mais, loin de se bien trouver, la malade se trouve de plus en plus mal. Une grande quantité de sang coagulé avait suivi la naissance du deuxième enfant, et surtout le délivre. M. Douvillé a pensé que l'écoulement s'arrêterait, mais l'hémorrhagie continue.

Il fait mettre successivement des compresses d'eau froide sur le bas-ventre et les organes génitaux sans succès, et c'est à ce moment-là que je suis arrivé auprès de la malade.

Je la trouve en effet pâle, anxieuse, ayant déjà trempé de sang une grande quantité de linge. Je palpe le ventre, et je trouve l'utérus flasque. Cet organe, qui dépasse le nombril, montre même qu'il est encore rempli de caillots. Les parois abdominales sont si relachées, que je sens parfaitement à travers la trompe et l'ovaire gauches, qui sont portés en avant. J'essaie de frictionner l'utérus, et il ne se contracte pas; aussi nous sommes d'avis avec le confrère d'envoyer chercher trois grammes de seigle ergoté, et en attendant je comprime l'aorte ventrale. Cette compression arrête instantanément l'hémorrhagie, et nous permet d'attendre. La vessie étant assez distendue, je prie M. Douvillé de la vider avec la sonde, pendant que je continue la compression.

La poudre étant arrivée, nous en donnons un gramme toutes les dix minutes, et bientôt l'utérus se rétractant, j'ai pu cesser la compression sans inconvénients.

Pendant tout ce temps, la malade a eu des faiblesses qui sont allées jusqu'à la syncope, et si elle devait attendre encore longtemps des secours, peut-être elle serait morte. Pour combattre cet état, nous avons donné, soit pendant, soit après l'administration du seigle, du vin pur mêlé avec du cognac, et les forces ont repris bientôt, la malade était sauvée. Comme il y avait eu déchirure d'une partie du périnée, nous avons fait un point de suture immédiate, et à six heures et demie nous avons quitté la malade en bon état.

Le reste des soins a été confié au confrère, lequel m'a dit que cette dame s'est rétablie sans de graves accidents.

Réflexions. — Outre les considérations qui précèdent, j'ajouterai quelques réflexions relativement aux enfants et relativement à la mère. Les deux jumeaux sont ici de sexe et de forces inégaux; et quoique les garçons soient ordinairement un peu plus forts que les filles, il y a eu ici d'autres raisons. Ainsi, il est démontré pour moi que l'aisance dans l'attitude que garde le fœtus pendant toute la grossesse est une condition de développement plus favorable que celle

où le fœtus est plus mal situé ; or, ici le garçon avait la tête fixée sur le détroit, et peut-être dans l'excavation, tandis que la fille ne pouvait l'avoir que dans une fosse iliaque, et peut-être même ailleurs. Le reste du corps, au lieu d'être fixe, était flottant.

Une autre remarque à faire ici est celle du sexe des enfants; ainsi, il est démontré pour moi que, lorsque les jumeaux sont situés dans le même sac amniotique, ils sont du même sexe et ordinairement d'une parité qui se traduit jusqu'à la ressemblance de la physionomie, tandis que si chaque enfant a un sac amniotique distinct, il peut être dissemblable pour le sexe comme pour tout le restant.

Relativement à la mère, nous voyons ici la grossesse multiple avoir épuisé l'énergie de l'utérus, et le travail comme l'hémorrhagie sont venus démontrer combien M. Douvillé a eu raison d'agir. Peut-être aurait-il mieux fait d'appliquer le forceps plus tôt.

Quant à l'hémorrhagie elle-même, il ne faut pas compter sur les moyens internes, et encore moins sur les topiques extérieurs. La compression immédiate de l'aorte, en attendant que le seigle fasse rétracter l'utérus, voilà la marche à suivre.

Quant à l'emploi des alcooliques, comme on le fait depuis longtemps en Angleterre et en Amérique, je m'en sers comme auxiliaires, on l'a vu ici comme ailleurs, mais non comme moyen prompt.

Le mode d'action des alcooliques, qu'on n'a pas encore indiqué, me paraît dépendre de l'action qu'ils ont sur les principes albumineux du sang qu'ils condensent, et font passer promptement à l'état de fibrine réparatrice. Enfin ils ont une action excitante plus immédiate sur les nerfs qui les recommande dans les hémorrhagies comme dans beaucoup d'autres cas.

Je dirai en terminant que la déchirure périnéale, quoique n'atteignant pas le sphyncter anal, m'a paru demander la suture. Il est plus prudent de pratiquer cette suture au moment même, que d'être obligé de la faire après, ou de laisser à la malade la chance d'avoir une difformité qui approche de l'infirmité.

OBSERVATION CCLXXV.

Pluripare. — Une douleur guérie par le retour de couches. — La grossesse arrivant après deux seules menstruations. — Diagnostic à un mois et demi par le palper et le toucher vaginal combinés. — Perception des mouvements actifs à la quatrième époque cataméniale, et autres particularités de la grossesse. — Toux pertinace promptement guérie par l'iodure de potassium. — Grossesse prolongée. — Deux envelopes de l'œuf ou la poche amnio-choriale. — L'accoucheur doit être ambidextre. — Travail abrégé par de petites manœuvres obstétricales. — — Naissance d'un garçon bien portant qui ne crie pas et suce son doigt. — Que signifie l'utérus volumineux et dévié dans les suites de couches. — Toux chez la nouvelle accouchée. — Peu ou pas de sécrétion laiteuse. — Rétablissement de la malade sans fièvre. — Tranchées tardives et poids douloureux du bas-ventre guéris par la position horizontale.

Depuis son dernier accouchement (voy. obs. CCXII) la malade dont il va être question a épousé le père de son enfant, et est aujourd'hui Mme F..., logée rue Montholon.

Tout s'était bien passé après cette couche, si ce n'est qu'il lui était resté une douleur au bas-ventre, qui a duré plus de trois mois, et n'a cessé qu'avec le retour de couches, arrivé par conséquent fort tardivement, surtout pour une femme abondamment menstruée.

Le vulgaire fixe à six semaines ce retour, et c'est peut-être là la règle, mais une règle qui souffre de très-nombreuses exceptions; ainsi, le retour de couches peut arriver au bout de quinze jours, ce qui est rare, au bout d'un mois, au bout de deux, rarement il tarde trois mois comme chez cette femme. Ce retard n'a-t-il pas apporté de modifications dans l'utérus? Certes oui, et la douleur ressentie par la femme était sans doute causée par la congestion utérine, aussi a-t-elle disparu avec le premier écoulement menstruel.

Depuis, la malade n'a revu ses règles qu'une fois du 8 au 15 avril 1861, et de ce moment date la deuxième grossesse, dont il va être question.

Il y a eu d'abord des lassitudes dans les jambes, sans anorexie ni vomissements; et comme cette femme n'avait accouché que depuis cinq mois, elle a cru à une indisposi-

tion, quoique n'ayant pas vu ses règles dans le mois de mai. A la fin de ce mois, elle vient me consulter; et, me doutant d'une grossesse, j'ai procédé à un examen attentif de l'utérus.

La femme étant étendue sur un sopha, je palpe le bas-ventre à nu, avec la main gauche, pendant que je pratique le toucher vaginal avec la droite, et ainsi je constate que l'utérus est plus volumineux qu'en état de vacuité, puisque son fond atteint le bord supérieur du pubis; enfin, je puis obtenir le ballottement utérin sur un large espace antéro-postérieur et transversal.

J'ai donc pu dire à la malade qu'elle était grosse d'un mois et demi environ, comme tout est venu le confirmer depuis; aussi je n'ai rien ordonné, et les malaises ont disparu spontanément.

C'est au milieu d'août, quatrième époque cataméniale, que les premiers mouvements fœtaux se sont fait sentir, ou plutôt que la matrice congestionnée a montré plus de sensibilité pour les dénoncer.

La grossesse s'avançait en bon état, si ce n'est en causant un peu de douleur dans les aines, lorsque la malade marchait, douleur qui cessait dans la position assise ou couchée. Doit-on attribuer cette douleur au tiraillement des ligaments utérins, comme on l'a dit si souvent? Je ne le pense pas, car la malade étant debout, la matrice appuie plus sur le détroit, et par conséquent il y a moins de tiraillements que quand elle est couchée. Je suis plutôt disposé à attribuer ce fait à des compressions ou autres malaises qui se traduisent par une douleur réflexe dans les nerfs de l'aine. La ceinture, assez serrée autour du ventre, soulage souvent ces douleurs.

Malgré cette indisposition, pour laquelle Mme F... n'avait rien fait, la santé générale s'était améliorée; et, dans les derniers mois surtout, la malade avait même un peu engraissé, lorsqu'à la fin de décembre elle a été prise de toux sèche. Cette toux venait le jour, pas la nuit, et était d'une pertinacité fatigante pour une femme, surtout qui touchait au terme de la grossesse. Le 3 janvier 1862, Mme F... vient me consulter pour cela, et après m'être assuré par l'auscultation que sa

poitrine n'offre pas de lésion anatomique appréciable, j'attribue la toux uniquement à la grossesse; mais s'agit-il d'une toux par cause réflexe, ou bien par simple compression de l'utérus gravide sur la base du thorax? La chose était difficile à dire, quoique dans la position couchée la compression thoracique semblât devoir produire plus de malaise que debout. L'enfant était situé ici en présentation du sommet, première position (O. J. G. A.). Dans le doute, je ne perdais rien à essayer la potion iodurée, que je donne habituellement, et qui, pour moi, décongestionne l'utérus par l'action qu'a l'iode sur les nerfs vaso-moteurs. S'il s'agissait d'une simple compression mécanique, l'effet de cette potion devait être nul. J'ai donc ordonné la potion en y ajoutant quelques sédatifs (3 grammes iodure de potassium, sirop diacode et sirop de gomme aa 30 gr., eau distillée 50 gr., eau de laurier-cerise médicinale, 10 gr.). Cette potion, prise à la dose d'une cuillerée le matin, le jour et le soir, a si promptement arrêté la toux, que la malade n'a même pas fini de prendre la bouteille.

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 10 et le 15 du mois de janvier, mais ces jours se sont passés sans travail. Le 25 de ce mois, après une longue course en omnibus et à pied, Mme F... a enfin commencé à avoir des mouches à six heures et demie du soir, c'est-à-dire à la demi-époque entre la neuvième époque cataméniale et la dixième.

On m'appelle à huit heures et demie du soir, et je constate que les contractions utérines sont déjà à trois ou quatre minutes d'intervalle, mais faibles. Le col est dilaté d'une manière presque complète, et la tête fœtale plonge déjà dans l'excavation.

Loin d'indiquer un travail près de finir, la précipitation de douleurs si faibles m'a indiqué un travail qui pourrait se suspendre; aussi je me suis borné à attendre. En effet, les contractions sont bientôt allées en se ralentissant, ce qui a servi à cette famille pour se procurer le lit de misère qui manquait pour le travail.

A dix heures un quart, les contractions reprennent, et tout étant prêt cette fois, je perce la poche à dix heures vingt mi-

nutes. Pour cela, j'ai d'abord divisé une enveloppe avec l'ongle, et il est sorti une petite quantité de liquide; quelques instants après, je constate qu'il y a une deuxième poche, et en la perçant je vois sortir du liquide en plus grande abondance. Evidemment, ici, de la sérosité s'était ramassée dans ce que j'ai appelé la poche amnio-choriale, et qui, comme je l'ai démontré il y a longtemps, existe plus souvent qu'on ne le croit au terme même de la grossesse.

Les contractions se succédant, j'ai relevé la lèvre antérieure du col, j'ai abaissé le plancher, et la tête est bientôt arrivée derrière la vulve. Ici j'ai favorisé la rotation et l'avancement de l'occiput en avant, et par l'extension artificielle j'ai fait sortir cette tête au dehors. J'ai ensuite accroché l'aisselle gauche du fœtus que j'ai portée en arrière, et en tirant dessus j'ai extrait l'enfant (10 heures 50 minutes). La femme n'a même pas crié une seule fois, et l'enfant, qui est un fort beau garçon (3,560 gr.), ne pleure pas, il grogne à peine quand on le lave, et suce son pouce quand on le maillotte. Voilà un cas où l'art a presque tout fait à l'avantage de la mère et de l'enfant.

Le cordon était ici très-variqueux près du nombril. J'ai aidé la délivrance par de légères tractions (11 heures 2 minutes), et l'inspection du délivre m'a confirmé sur la présence de la poche amnio-choriale, s'étendant à plus de la moitié de l'œuf. Le placenta est ici sain et fort comme le faisait pressentir l'enfant.

L'utérus revient bien sur lui-même, mais malgré cela je donne trois paquets de seigle ergoté d'un demi-gramme chacun, et à unedemi-heure d'intervalle l'un de l'autre. Je reste jusqu'à ce qu'on ait fait la toilette de cette femme pour lui serrer le ventre avec une ceinture. Je vois avec surprise qu'elle s'assied sur son lit, s'habille et déshabille seule, comme si elle n'avait pas accouché, et j'ai même de la peine à l'empêcher de marcher à pied jusqu'au lit de repos. J'ai préféré la transporter moi-même, et à cet égard je dois faire observer que la disposition de la chambre avait fait mettre le lit de misère de manière à me présenter le côté gauche. J'ai donc dû, pendant tout le travail, me servir de la main gauche pour toutes les manœuvres dont j'ai parlé. C'est

par conséquent un avantage pour l'accoucheur d'être ambidextre.

Le reste de la nuit se passe bien pour la mère et l'enfant. Le 26 au matin, je vois que l'utérus est gros au point de dépasser le nombril de deux doigts, et de plus il est fortement déjeté à gauche. Cette anomalie chez une femme dont le bassin est spacieux m'a aussitôt indiqué qu'un obstacle quelconque occupait le petit bassin, et ce ne pouvait être que la vessie distendue par les urines, ou le vagin distendu par des caillots sanguins. Je fais uriner la malade, et en effet l'utérus descend aussitôt de deux doigts sous le nombril, en même temps qu'il gagne spontanément la ligne médiane. Bouillons, chocolat, potages pour la mère; lait coupé pour l'enfant.

La malade ayant toussé un peu la nuit, j'ordonne un julep calmant qui a aussitôt arrêté la toux; mais dans la journée du 26 il y a des tranchées qui se propagent jusque dans les cuisses, la gauche surtout.

Le 27, la malade est sans fièvre, et l'utérus bien rétracté. Les seins ne gonflent pas, et à cet égard la malade me fait remarquer qu'ils sont restés mous pendant toute la grossesse. Elle attribue cela à ce qu'elle aurait perdu beaucoup de lait par le bas (muco-pus vaginal) pendant fort longtemps. La toux et les tranchées se sont arrêtées. Potages.

Le 28, pas l'ombre de fièvre, l'utérus est à trois doigts sous le nombril. J'ordonne 20 gr. d'huile de ricin pour débarrasser l'intestin, quoique les seins n'aient pas encore gonflé.

Le 29, la malade continue de bien aller, et à peine si les seins semblent vouloir se distendre un peu. Heureusement que l'enfant prend du lait coupé, en attendant qu'une nourrice l'emporte à la campagne pour l'élever au biberon.

Le 30, la malade se trouvant très-bien se lève pendant une heure contre mon avis; elle a même voulu quitter la ceinture, mais le 2 février, pendant qu'elle était debout, elle a été prise d'une douleur à l'estomac allant au bas-ventre. Cette douleur d'abord continue est ensuite devenue intermittente exactement comme les douleurs d'enfantement. Voyant que ces douleurs ne cessaient pas, la malade s'est couchée au bout de deux heures et demie, et la position horizontale, sui-

vie d'une petite perte de sang, a suffi à suspendre ces tranchées douloureuses.

Le 3, la malade se lève encore, et les douleurs reparaissent, ce qui la force à se recoucher. Cette fois elle écoute enfin mes conseils, et ne se lève pas le 4, ce qui a suffi pour empêcher le retour des tranchées, qui étaient ici l'effet de la congestion utérine. Le repos a achevé la guérison.

OBSERVATION CCLXXVI.

Multipare. — Avortements successifs ou un enfant vivant sur quatre. — Cinquième grossesse avec perception précoce des mouvements actifs. — Symptômes ordinaires de la souffrance utérine cachant une lésion grave. — Grossesse prolongée. — Accouchement arrêté par l'oblitération complète de l'orifice interne de l'utérus. — Diagnostic de cette complication. — Moyens qui ont été proposés pour y remédier, leurs inconvénients. — Nouveau procédé opératoire, l'éraillure de la paroi utérine avec le bec de la sonde cannelée. — Léniceps. — Passage de l'enfant à travers l'ouverture artificielle. — Reconstitution du col utérin. — Les rétrécissements du détroit inférieur avant et après l'accouchement. — Pas d'accidents graves immédiats. — Abcès phlegmoneux tardif ouvert à l'extérieur. — Trajet fistuleux difficile à guérir. — La congestion des seins et la sécrétion lactée remplaçant les règles ; comment il faut interpréter le fait. — Rétablissement complet des règles et de la santé. — Statistique de quarante-deux faits semblables.

L'observation dont il va être question a été le sujet d'une communication que j'ai faite à l'Académie, le 8 juillet 1862, et qui a été publiée dans la *Gazette médicale* de Paris, le 2 août suivant. Le résumé du fait se trouve dans cette communication, mais incomplet, tandis que ce que je vais dire ici est la description détaillée de ce que j'ai observé.

Mme D. J. est native du département du Nord et habite Paris depuis huit ans, rue de la Vrillière. C'est une femme occupée dans le commerce, âgée de trente et un ans, de taille moyenne, d'une constitution assez bonne et d'un tempérament nervoso-lymphatique. Elle n'a jamais eu de maladie grave.

Réglée à quatorze ans, elle a continué de voir tous les mois pendant quatre jours. Mariée à vingt-trois ans et demi, elle a eu une première grossesse qui s'est terminée à six mois et

demi par la naissance d'un enfant mort. La malade attribue cet accident à ce qu'elle restait alors constamment debout. Après deux ans, arrive une autre grossesse qui se termine à cinq mois par un autre enfant mort, et cette fois encore, la malade attribue l'accident à une longue course qu'elle a faite à pied. Ces causes ont quelque valeur, sans doute, mais il y avait évidemment autre chose que je n'ai pas pu découvrir. Son mari paraît jouir d'une bonne santé, mais il est mort peu après la maladie de la femme dont nous allons parler bientôt.

Au bout d'un an, Mme D. J. eut une troisième grossesse qui alla à terme. Le travail dura vingt heures, et six heures seulement avec de fortes douleurs. L'enfant, quoique né assez fort, a succombé vingt jours après, et la mère a tardé à se remettre. Elle a eu, à la suite de l'accouchement, des ulcérations du col utérin qu'il a fallu cautériser.

Encore un an après, elle a eu une quatrième grossesse qui s'est terminée le 21 décembre 1859, par la naissance d'une fille qui vit encore. Le travail a duré douze heures, dont quatre fort douloureuses. Mme D. J. a nourri son enfant au sein durant sept mois, et au bout desquels étant survenus des abcès, il a fallu donner le biberon.

Fatiguée par cette nourriture, cette dame avait tardé à se remettre, et tout avait fini par bien aller, lorsqu'elle a vu ses règles pour une dernière fois, du 22 au 25 avril 1861, époque d'où date la cinquième grossesse dont nous allons parler.

Dans le cours des premiers mois, il n'y a eu rien de particulier, et cette dame, ici comme aux grossesses précédentes, a senti les premiers mouvements de son enfant à trois mois et demi. Ceci peut étonner ceux qui fixent ces mouvements à quatre mois et demi ou cinq ; mais pour moi, la précocité de cette perception prouve une sensibilité exaltée de l'utérus chez cette femme. Dans le cours des trois derniers mois, Mme D. J. a éprouvé un sentiment douloureux pendant les mouvements fœtaux ; mais pas de fièvre ou autres symptômes inflammatoires, pas de pertes rouges. Tout au contraire, elle avait eu, aux autres grossesses, des pertes blanches assez abondantes, et elle n'en a pas eu à celle-ci. Tout ce qu'il y a eu d'un peu saillant est, au début de la gestation, quelques

chaleurs fébriles bientôt passées sans remède, et au milieu de la grossesse un mal de dents très-violent, qu'on a fait disparaître par l'avulsion de la dent cariée. Sans doute il y avait là des symptômes de souffrance utérine, mais pas de quoi faire prévoir ce qu'on a rencontré après.

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 22 et le 25 janvier 1862, et pendant ces jours Mme D. J. se trouve assez mal à l'aise pour croire qu'elle va accoucher d'un instant à l'autre. Le vrai travail n'a cependant commencé que le 6 février, c'est-à-dire à la demi-époque entre la neuvième et la dixième menstruation manquante.

A trois heures du matin, le 6, commencent les mouches, pour continuer le 7 et la nuit suivante. C'est seulement en les voyant se renforcer le 7, qu'à une heure du matin on a appelé M. le Dr Caron, médecin de la famille.

En explorant la femme, ce confrère trouva la tête fœtale dans l'excavation, et quoique n'ayant pas pu trouver le col utérin, il s'est borné à attendre, croyant avoir affaire à un de ces cas fréquents où le travail même redresse le col dévié.

Les contractions se rendaient de plus en plus vives, et cependant il n'y avait pas de dilatation apparente; bien plus, il n'y avait pas de col appréciable. La tête fœtale était recouverte par des tissus amincis. Ce médecin s'est demandé un instant si ces tissus ne seraient pas les enveloppes seules de l'œuf, et si le col utérin complétement dilaté n'aurait pas déjà chevauché par dessus la tête. Il gratte la partie la plus saillante, et ce grattage est douloureux pour la femme; bien plus, il en vient du sang assez abondant. M. Caron introduit alors la main entière dans le vagin, et ne trouvant pas plus d'orifice utérin, il me fait appeler en consultation. Il est six heures et demie du matin, le 7 février.

Je trouve la malade couchée sur le lit de misère et déjà fatiguée. En palpant le ventre, je trouve qu'elle porte un enfant en première position du vertex (O. J. G. A.), et l'auscultation démontre qu'il est vivant. Je pratique le toucher, et je trouve dans le vagin des caillots sanguins que j'enlève avec soin, de manière à bien découvrir la tumeur qui occupe l'excavation et qui est décidément la tête fœtale. En vain je cherche le col utérin, soit en parcourant avec les deux doigts

explorateurs toute la tumeur ainsi que le cul-de-sac vaginal qui l'entoure, soit en imprimant extérieurement avec la main gauche des mouvements qui redressent l'utérus dévié à gauche. Non-seulement je ne trouve ni la tige ni les bords de ce col, mais pas même la plus petite ouverture du museau de tanche.

Avant de conclure à une oblitération complète, j'ai voulu m'en assurer aussi en introduisant toute la main dans le vagin, et je n'ai trouvé que la muqueuse de ce canal allant sans interruption des parois au cul-de-sac et à la tumeur elle-même; pas de rebords, pas de saillie, pas de dépression. Pour une dernière satisfaction, nous avons même essayé l'exploration vaginale en écartant les tissus avec des valves montées sur des manches, sans rien découvrir autre chose que la tumeur lisse sur toute son étendue.

Les contractions utérines continuaient avec une certaine force, et pendant cette tension on sentait que la tête fœtale était séparée des enveloppes par une mince couche de liquide. L'oblitération complète du col était confirmée; maintenant, fallait-il attendre ou fallait-il agir, et, dans ce dernier cas, comment s'y prendre?

La femme, considérablement fatiguée, demandait un prompt secours; aussi, nous n'avons pas balancé à proposer l'exécution d'une voie artificielle. L'usage du bistouri était l'idée la plus naturelle, celle du reste qu'on avait souvent mise à exécution en pareil cas; mais pendant que nous en étions à discuter, la tête fœtale s'était si bien appliquée contre les enveloppes, qu'il eût été difficile de diviser celles-ci sans craindre d'entamer le cuir chevelu. Du reste, diviser la paroi utérine avec un instrument tranchant, c'était nous exposer à des hémorrhagies graves. C'est alors que j'ai pensé d'érailler lentement avec le bec de la sonde cannelée le point que je voulais ouvrir, et, dans ce but, je me suis livré encore à la recherche des traces du museau de tanche. Loin de chercher cette fois les tissus les plus minces, je cherche les plus épais et les plus mobiles, comme étant les représentants du col effacé; et, en effet, je les trouve en bas et en arrière de la tumeur. C'est en cherchant à la partie centrale de ces tissus que je sens un point où la résistance fait un peu défaut, sans

qu'il y ait de véritable ouverture. Je venais de trouver le point désiré, aussi j'y ai appuyé ma sonde au lieu de l'appliquer sur les points les plus amincis où on avait déjà pratiqué le grattage. Le bec de la sonde recourbé en haut était solidement appliqué et maintenu contre le hyle avec trois doigts de la main gauche introduits dans le vagin, tandis que de la main droite je tenais au dehors le pavillon de cette sonde et j'imprimais à l'instrument des mouvements en divers sens. Cette manœuvre faite, surtout pendant la contraction utérine, n'a pas tardé à pratiquer une ouverture qui m'a permis de diviser les enveloppes sans toucher à la tête fœtale. La sortie d'un peu de liquide, teint de méconium, m'a indiqué la division des membranes, c'est-à-dire le point où je devais m'arrêter pour la profondeur. A cette profondeur, du reste, la sonde glissait entre la tête et les membranes, au lieu de s'arrêter sur le cuir chevelu (huit heures moins dix minutes).

Pendant que je pratiquais cette éraillure, la malade n'avait accusé guère plus de douleur qu'aux contractions ordinaires ; mais depuis la sortie des eaux surtout, les contractions utérines s'étaient ralenties. Chose curieuse, malgré ce ralentissement, la dilatation de l'ouverture marchait considérablement, au moins pour commencer. J'ai aidé légèrement cette dilatation, soit avec les rebords du bec de la sonde, soit avec la pulpe du doigt, de manière à avoir bientôt une ouverture de quatre centimètres de diamètre.

On aurait pu croire que le reste irait tout seul, mais la femme épuisée demande une prompte délivrance, et l'application du léniceps étant possible, la malade la demande sans même vouloir attendre qu'on aille chercher du chloroforme pour émousser la douleur de l'opération (huit heures un quart). L'application faite assez facilement, j'ai opéré les tractions au moment des contractions utérines, et les difficultés offertes, soit par les bords utérins, soit surtout par le détroit inférieur, ont été plus grandes que je ne les attendais. La tête a franchi la vulve à huit heures trois quarts, et comme la rotation extérieure ne se faisait pas, j'ai accroché l'aisselle gauche, je l'ai portée en arrière, et, en tirant dessus, j'ai extrait l'enfant.

C'est un gros garçon (4,020 grammes), montrant bien qu'il a dépassé le terme; il a la face cyanosée, quoiqu'il exécute quelques mouvements respiratoires; mais comme je fais saigner un peu le cordon avant de le lier, la respiration se fait bientôt régulière. La délivrance a été faite à neuf heures, moyennant quelques petites tractions. Le placenta est très-développé et sain; l'ouverture de l'œuf a été faite près du bord placentaire.

Avant d'administrer le seigle habituel et de serrer le ventre de la malade avec une ceinture, j'ai voulu explorer le col utérin; et si je ne savais pas ce que j'avais fait, j'aurais dit que j'avais affaire à un cas ordinaire. La lèvre antérieure est assez épaisse, la postérieure est mince; mais ce que je trouve d'insolite est un corps arrondi situé dans la concavité du sacrum. Serait-ce le corps utérin en partie rétroversé? C'est possible, et cependant je sens encore ce corps sous le nombril. Après avoir soulevé cette tumeur, j'essaye en vain d'atteindre le promontoire, preuve que le détroit supérieur est spacieux. J'écarte le médius et l'index entre les ischions, et je le puis largement en ce moment, tandis qu'avant l'application du léniceps les doigts étaient à l'étroit. Le détroit inférieur est donc agrandi.

Le soir, à huit heures, nous voyons la malade avec M. Caron, et nous la trouvons bien; l'utérus est revenu sur lui-même. Dans les jours suivants, c'est ce confrère qui continue de voir la malade, et tout paraît bien aller jusqu'au 11, époque à laquelle survient, sans fièvre, un point douloureux au côté gauche de l'hypogastre. La malade allaite son enfant. Quelques cataplasmes ont suffi à adoucir la douleur. Le 12, cette dame m'écrit pour me dire que ses mamelons sont gercés, ce qui n'est pas surprenant, sachant qu'elle a donné le sein le lendemain de l'accouchement.

Je lui conseille des ménagements pour les seins, un peu de lait coupé à l'enfant; enfin, de légers astringents sur les mamelons. Dans les derniers jours de février, j'ai prié M. Caron d'examiner l'état du col utérin pour m'en rendre compte; et le 4 mai, il me dit qu'il l'a trouvé aussi bien formé que si la femme n'avait pas subi d'opération.

La malade s'était levée et se considérait guérie; mais ce-

pendant elle sentait presque toujours dans le côté gauche du petit bassin, quelque chose de gênant et de douloureux. A la fin de mars, elle est venue me voir, et, en effet, je trouve dans cette région une dureté appliquée contre le bord ischio-pubien, mais pour laquelle je n'ai voulu rien ordonner sans combiner avec M. Caron. Le 20 avril, je suis appelé avec ce confrère auprès de cette malade, et nous vérifions la présence d'un phlegmon profond dont la fluctuation n'est pas encore apparente à l'extérieur: le toucher vaginal, qui constate la bonne formation du col, ne peut pas atteindre la tumeur en question. Nous ordonnons des bains généraux et des frictions locales avec de l'onguent gris belladoné, puis des vésicatoires volants, enfin de légers toniques à l'intérieur.

La tumeur a fait de plus en plus saillie au-dessus de la proéminence iléo-pectinée, et la suppuration étant manifeste, M. Caron a ouvert l'abcès dans les premiers jours de mai. L'écoulement du pus a été considérable, et, qui plus est, il a tellement continué que la malade dépérissait, et on l'a envoyée à la campagne. Là, le médecin de la localité a essayé des injections de plusieurs sortes sans pouvoir faire tarir le pus. Le 20 janvier 1863, cette dame est de retour à Paris, et tout en ayant gagné au point de vue général, elle a encore sa fistule. On n'a qu'à presser profondément dans le petit bassin pour voir le pus jaillir par l'ouverture sus-pubienne, Evidemment, les aponévroses sont pour beaucoup dans la difficulté du recollement des parois du clapier.

Chose curieuse, cette femme, qui a dû suspendre l'allaitement faute de santé, n'a pas encore eu ses règles; mais elle me dit que chaque mois, à l'époque où elle devrait les avoir, elle voit ses seins grossir, puis rendre un liquide lactescent. Faut-il croire à une substitution ou à une métastase? Je croirais plutôt à une congestion simultanée de l'utérus et des seins; mais comme le sang ne coule pas par l'utérus, la congestion mammaire était plus forte. Je commençais à craindre une oblitération du col, quoique l'utérus ne fût pas gros et qu'il ne fût pas douloureux aux époques cataméniales. Je me suis pourtant contenté de prescrire un régime tonique et des ferrugineux.

La malade a repris de plus en plus; les règles sont arrivées

le 12 mai pour continuer les mois suivants, et, petit à petit, la fistule s'est fermée à mesure que la femme a repris de l'embonpoint.

Voilà un cas bien intéressant à divers points de vue ; et après avoir réuni quarante-deux autres faits semblables, j'en ai tiré les enseignements qu'on peut lire dans le petit mémoire dont je répète ici les conclusions.

1° L'occlusion complète du col utérin, soit à ses orifices, soit dans sa cavité même, peut se faire par suite d'une inflammation locale; mais dans la plupart des cas (19 sur 31), elle résulte de l'organisation du bouchon plastique qui se trouve dans le col pendant la gestation.

2° Cette oblitération n'empêche guère la grossesse d'arriver à terme; quelquefois même elle est cause de sa prolongation et ne décèle sa présence qu'au moment du travail. Le toucher seul peut la constater, et si un ou deux doigts ne suffisent pas à lever les doutes, on doit introduire toute la main dans le vagin.

3° Cette occlusion est ordinairement assez solide pour résister aux efforts naturels du travail (36 sur 42), si bien que, dans quelques cas (3 fois sur 42), la femme est morte inaccouchée. Dans les cas même où l'on est intervenu un peu tard, on a eu à déplorer souvent la mort de l'enfant (7 sur 28 notés), quelquefois même la mort de la mère (2 fois sur 39 notés).

4° Les moyens employés pour diviser l'obstacle ont été l'ongle ou la sonde de femme lorsque cet obstacle était peu resistant, on peut donc tenter d'abord ces moyens. Là où ils ont été insuffisants, on a employé les ciseaux ou le bistouri.

5° Ce dernier a été le plus généralement préféré; mais comme on doit s'en servir au fond du vagin, et ordinairement sans le secours de la vue, comme il divise des tissus éminemment vasculaires, et qu'il occasionne une perte de sang ; comme les angles de la plaie, en s'agrandissant, peuvent propager au loin la déchirure ; enfin là où la tête du fœtus repose exactement sur les tissus à diviser, comme on peut être exposé à diviser aussi les parties fœtales, pour tous ces motifs, l'emploi du bistouri n'est pas sans dangers.

6° Dans tous ces cas, on pourra remplacer le bistouri par

le bec de la sonde cannelée, appuyé avec force et à diverses reprises pendant la contraction utérine, sur le point le plus déclive de la tumeur, et lorsqu'il est appréciable sur le lieu qu'occupe le col. Par ce moyen que j'ai employé le premier, je crois, dans un pareil cas, on creuse par éraillure une ouverture à travers le tissu utérin, tout en évitant les dangers auxquels expose le bistouri.

OBSERVATION CCLXXVII.

Pluripare. — Les rétrécissements du bassin sont plus communs qu'on ne le pense. — L'ovulation peut suspendre la menstruation avant la fécondation, ce qui est en opposition avec les idées reçues. — Influence de la chlorose sur la grossesse et de celle-ci sur la chlorose préexistante. — Effets du tempérament nerveux sur l'état puerpéral. — Moyens de contrôle pour déterminer la grossesse prolongée. — Forte déviation du col utérin, sa signification et ses effets sur l'accouchement. — Travail pénible. — Les doubles membranes ou la poche amnio-choriale. — Que signifie la rupture prématurée de la poche des eaux? — Les craintes exagérées du chloroforme. — Léniceps. — Particularités de la rotation et de la sortie des épaules. — Naissance d'une fille bien portante. — Rétablissement de la mère sans accidents. — Folie arrivant deux ans après l'accouchement.

Mme D., native de la Champagne, et habitant Paris depuis trois ans, cloître Saint-Honoré, est une femme d'intérieur, âgée de vingt-deux ans, de taille assez petite, quoique carrément bâtie. Elle est d'un tempérament lymphatico-nerveux, mais d'une assez bonne constitution, car elle n'a jamais été gravement malade.

Réglée dès l'âge de quinze ans, elle n'a cependant pas continué de voir régulièrement, si bien que l'écoulement arrivait tantôt à plus d'un mois d'intervalle, et tantôt tous les quinze jours. Elle a eu les pâles couleurs, pour lesquelles elle a subi un traitement; s'est mariée il y a trois ans, et est devenue aussitôt enceinte.

Cette première grossesse s'est terminée à quatre mois et demi par une fausse couche qui a été suivie de pertes abondantes, mais on n'a pas pu constater la présence de l'enfant. Probablement la mort de l'embryon datait des premiers temps

de la fécondation ; ce qu'il y a eu ici de plus grave est la faiblesse extrême qui en est résultée et qui a retenu cette femme six semaines au lit.

Après trois mois de vacuité est arrivée la deuxième grossesse, qui a été assez pénible au début, mais qui s'est terminée à neuf mois par la naissance spontanée d'une fille qui vit encore. Le travail dura douze heures, dont cinq furent excessivement douloureuses. La malade n'a pas nourri son enfant.

Après huit mois de vacuité est arrivée la troisième grossesse, qui est la présente. La malade a eu ses dernières règles dans les premiers jours d'avril 1861, mais tout va prouver que le manque de règles dans les premiers jours de mai n'indiquait pas absolument une fécondation préalable, bien au contraire, tout va démontrer que la fécondation a eu lieu après les premiers jours de ce mois. La femme le pense aussi, seulement elle attribue le manque de sang à cette époque à une vive contrariété qu'elle aurait éprouvée. Une autre raison bien plus valable à mes yeux est que l'ovulation se préparait alors, et ce préparatif seul a pu suspendre la menstruation, quoi qu'en disent les idées reçues; de sorte que, loin d'être cause, la susceptibilité de caractère aurait été ici un effet de l'ovulation même.

Le mois de juin et les suivants, les menstrues n'ayant pas paru, il a bien fallu croire à la grossesse; et loin de s'en trouver mal, Mme D. a vu sa faiblesse aller en diminuant. Les douleurs de tête auxquelles elle était sujette, et qui arrivent souvent aux gens anémiques, ces douleurs ont disparu; enfin elle a senti les mouvements de son enfant pour la première fois le 15 septembre. Comme il ne s'agit pas ici d'une époque cataméniale, mais bien d'une époque exactement intermédiaire, il faut supposer que la grossesse était alors de quatre mois et demi, ce qui fait remonter aussi la fécondation aux premiers jours de mai; c'est-à-dire que l'ovulation et la fécondation ont eu lieu pendant le temps qu'aurait dû couler le sang ou peu après.

A la fin de janvier 1862, la malade a eu des symptômes qui ont fait croire au travail, mais les vraies douleurs n'ont com-

mencé que le 9 février, à sept heures du soir, avec l'écoulement brusque d'un verre de sérosité.

Le docteur M., médecin et parent de cette famille, a été appelé à minuit, et déjà à ce moment les douleurs étaient vives, ou plutôt vivement accusées. Elles venaient tantôt à trois, tantôt à six minutes d'intervalle; mais ayant trouvé que la tête fœtale, très-élevée, ne descendait pas, malgré les fortes contractions, ce confrère m'a fait appeler à cinq heures et demie du matin, le 10.

A mon arrivée, je trouve la malade fatiguée de souffrir et exaltée dans ses manifestations. Voulant me rendre compte des choses, j'explore le ventre au palper, et je trouve un enfant situé en seconde position du vertex (O. J. D. P.). L'auscultation constate la présence des bruits cardiaques de cet enfant.

La petitesse de la taille de la malade et la projection de l'utérus en avant dénotent déjà que le bassin ici n'est pas très-spacieux. Je pratique le toucher vaginal, et je trouve la tête si haut, que, pour l'atteindre, il me faut déprimer le périnée. Le col utérin était aussi tellement en arrière et en haut, que j'ai dû accrocher successivement les plis du segment inférieur utérin jusqu'à ce que j'aie pu atteindre la lèvre antérieure. Cette manœuvre, quoique facilitée par le redressement extérieur du fond utérin, n'a pas manqué d'être difficile.

L'élévation de la tête, le déplacement considérable du col et la rupture prématurée de la poche confirmaient l'idée de l'exiguité du bassin. Une fois le col redressé, j'ai laissé le doigt en place pour quelques instants, et à la première contraction j'ai constaté la présence d'une nouvelle poche. La dilatation du col ayant marché après son redressement, j'ai déchiré la deuxième poche à six heures. Les contractions se succèdent à six minutes d'intervalle, elles sont vives, et cependant la tête ne descend pas. Désormais le bassin seul eût pu faire obstacle à cette descente.

Je fais part de ce fait au confrère, lequel, à l'exemple de la malade, me prie d'extraire l'enfant au plus tôt, avec le leniceps. On aurait pu attendre encore un peu sans doute,

mais reconnaissant qu'à la fin il fallait avoir recours à cet instrument, j'ai consenti à l'appliquer ; seulement j'ai demandé à soumettre d'abord la femme à l'anesthésie.

Le confrère, redoutant l'emploi du chloroforme, dont il paraissait avoir vu de tristes effets, n'était pas de mon avis, et plutôt par complaisance que pour autre chose, il a fait acheter seulement quatre grammes de ce liquide. A six heures trois quarts je fais mettre la malade en travers du lit, et commence à lui faire respirer du chloroforme; mais la dose était finie déjà avant que la femme fût calmée. J'ai observé du reste que quand on commence l'inhalation après de fortes soufffrances, la dose à employer pour endormir les malades est ordinairement supérieure à celle qu'on aurait employée avant les douleurs. Il y a même des malades qui ne peuvent pas être endormies ou qui sont très vivement exaltées quand on veut les soumettre au chloroforme après de grandes souffrances.

A sept heures, le confrère, la famille et surtout la malade, demandant une prompte délivrance, j'ai appliqué le leniceps, et j'ai fait des tractions à chaque contraction utérine. La tête est ainsi bientôt descendue dans l'excavation. Arrivé à ce moment, j'ai imprimé à l'instrument une rotation qui portait l'occiput en avant, pendant qu'au dehors je poussais aussi le tronc fœtal de la droite de la malade vers la ligne médiane. Ceci a fait bientôt porter le dos en avant, et l'occiput sous l'arcade pubienne. La contraction utérine et les efforts volontaires se montrant à ce moment très-énergiques, la tête est arrivée à la vulve, et j'ai retiré l'instrument pour être plus à l'aise. J'ai opéré ensuite l'extension artificielle par des pressions ménagées sur le périnée distendu.

Une fois la tête sortie, sans occasionner de déchirure, l'occiput s'est tourné à droite de la malade; mais les épaules, quoiqu'ayant fait leur rotation intérieure, ne sortaient pas. J'ai accroché l'aisselle postérieure, j'ai tiré fortement dessus, et je n'ai pas pu engager ces épaules à travers le détroit inférieur, tant il est étroit. J'ai alors continué la rotation en vrille, c'est-à-dire que l'aisselle postérieure a été portée à gauche de la malade, puis en avant, et c'est par ce seul mouvement de tire-bouchon que j'ai pu faire avancer les épaules.

Celles-ci une fois dégagées, le reste du tronc lui-même éprouvé pour sortir une certaine résistance.

L'enfant est une fille bien vivante, ne portant même pas les traces de l'instrument dont j'avais du reste recouvert les cuillères avec des chemises en caoutchouc. Le développement de cette enfant (3, 130 gr.) étant à peine celui de neuf mois, vient confirmer tout ce qui précède, pour dire que la fécondation a eu lieu après la première menstruation manquante, plutôt qu'avant ou pendant cette époque.

La délivrance a été faite quelques minutes après, moyennant de petites tractions sur le cordon. Le placenta, assez volumineux, offre des filaments superficiels fibreux, qui vont jusqu'à l'incrustation calcaire.

J'ai profité du relâchement des parties pour mesurer le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin, et je trouve 8 centimètres 1/2 nets. Ces dimensions paraissent d'autant mieux expliquer les difficultés du travail que le reste du squelette n'offre pas de trace de rachitisme, et l'angustie indique un bassin retréci proportionnellement dans toutes les parties à un degré qu'il était difficile de prévoir.

Après avoir serré le ventre de la malade avec une ceinture, et lui avoir administré deux grammes de seigle ergoté en deux fois, je l'ai laissée au confrère, qui a continué le reste des soins. L'enfant a été mis en nourrice.

La malade est guérie sans fièvre, mais conservant toujours, dans la manière de sentir et de s'exprimer, une vivacité qui, les années suivantes, a dégénéré en une véritable exaltation. On a été obligé, au bout de deux ans, de reconduire cette dame chez ses parents, et je ne sais pas ce qu'elle est devenue depuis, mais je ne serais pas surpris d'apprendre qu'elle est devenue tout à fait aliénée. Peut-on attribuer ce résultat à l'accouchement? Certes non; mais avec une sensibilité pareille, il est encore plus indiqué de ne pas laisser les malades s'épuiser en souffrances, et il est malheureux que cette femme n'ait pas pu profiter des bienfaits du chloroforme.

OBSERVATION CCLXXVIII.

Pluripare.—Tumeur mammaire apparue pendant une deuxième grossesse. — Cessation du développement de cette tumeur après l'accouchement. — Son accroissement très-prompt et déclaration de sa nature cancéreuse pendant une troisième grossesse. — Envahissement simultané de la mamelle restée saine jusque là. — Douleurs éloignées concomitantes. — Insuccès de tout traitement et des calmants eux-mêmes. — La grossesse, malgré cela, va jusqu'à huit mois et demi. — *Phlegmatia alba dolens* subite. — Une crise grave met bientôt la femme aux approches de la mort. — L'enfant vit malgré cela, et je surveille la mère pour extraire cet enfant à l'aide de l'opération césarienne, dès qu'elle aura expiré. — L'extraction de matières fécales indurées fait cesser les vomissements. — Les contractions utérines se déclarent pendant l'agonie de la femme, et la dilatation du col s'opère, mais lentement. — Intervention, léniceps. — Naissance d'un garçon en état de mort apparente, mais vivant. — La femme emploie à des efforts le peu de force qui lui reste, et expire quatre heures après. — Délivrance lente et difficile, quoi que l'utérus se soit assez bien rétracté. — Particularités du délivre. — Asphyxie consécutive de cet enfant, surmontée par un traitement persévérant. — Il finit par mourir, lui aussi, quelques jours après, par l'incurie de la nourrice.

Madame L., native de l'Yonne et habitant Paris depuis vingt-cinq ans, place Vendôme, est une femme de chambre âgée de quarantedeux ans, de taille moyenne, de tempérament bilioso-nerveux, et d'une assez bonne constitution. Elle n'a eu qu'une fièvre cérébrale.

Réglée à seize ans, elle a toujours vu quatre jours par mois. Mariée à trente-sept ans, elle a eu une première grossesse qui s'est terminée à neuf mois par la naissance d'une fille qui vit encore, mais qu'elle n'a pas nourrie. Après un an de vacuité est arrivée une deuxième grossesse tout aussi bonne que la précédente; seulement, dès les premiers mois, Mme L. s'est aperçue d'une petite dureté dans le sein gauche, qui a progressé d'une manière sensible jusqu'au neuvième mois. Cette dureté était parfois le siége de douleurs qui s'étendaient jusque dans le bras correspondant. L'accouchement s'est terminé sans accidents, par la naissance d'un garçon qui vit encore, et qu'elle n'a pas nourri non plus. Pendant les suites de couches, le sein droit s'est gonflé comme après l'accouchement précédent, tandis que le gauche ne s'est pas

ressenti de la montée du lait, et est resté petit pendant tout le temps.

Ce deuxième accouchement a eu lieu le 25 janvier 1861, et depuis ce moment madame L. s'est bien portée. La dureté de son sein gauche n'a plus augmenté, mais on a essayé en vain de la faire disparaître avec les fondants.

Les règles avaient tardé à reparaître après cet accouchement, car madame L. n'a revu son sang que dans les premiers jours de juin 1861, et à la fin de ce même mois elle a quitté son mari pour faire un voyage en Angleterre avec sa maîtresse. Là, les symptômes d'une troisième grossesse n'ont pas tardé à paraître, et avec eux les douleurs vives dans le sein malade d'abord, puis en divers points du corps et surtout à la région sacrolombaire, où elles ont fini par se fixer.

La malade a passé six mois en Angleterre, et pendant ce temps le sein gauche est devenu bien plus gros et plus dur; enfin le sein droit, qui était resté sain jusque là, a commencé à offrir une dureté qui s'est développée promptement, et a envahi toute la mamelle. Les médecins anglais qu'elle a consultés pour cela ont essayé divers traitements, les préparations iodées surtout, mais sans profit aucun; bien plus, le sein gauche a bientôt offert près du mamelon des végétations qui se sont ulcérées. Il n'y avait plus à douter, il s'agissait d'une affection cancéreuse qui existait en germe chez la malade, et que la deuxième grossesse a fait développer dans un sein. Cette tumeur a sommeillé pendant l'état de vacuité, mais avec la congestion mammaire de la grossesse suivante, l'accroissement a été excessif, et l'autre sein s'est pris à son tour.

Justement préoccupée de sa position, cette femme est rentrée à Paris le 31 décembre, et ici la douleur de reins a pris une telle intensité qu'elle l'a forcée à rester au lit. Tout mouvement du tronc avait fini par être douloureux, même dans la position horizontale.

M. Maître, médecin traitant de cette femme, a fait appeler M. Richard, chirurgien distingué, et après avoir déclaré les cancers inopérables, ces deux confrères se sont contentés de soulager les douleurs de cette femme. Ces douleurs, comme je l'ai dit, avaient surtout pour siége la région lombo-sacrée,

mais comme elles s'étendaient parfois jusqu'aux bras, on s'est demandé s'il ne s'agirait pas d'un rhumatisme. On a administré du sulfate de quinine, on a mis des ventouses scarifiées, on a employé les opiacés, l'aconit, etc., sans résultat; pendant ce traitement, il est même survenu tout à coup une *phlegmatia alba dolens* dans la jambe gauche, qui a fini par disparaître.

Au milieu du mois de janvier 1862, on m'a prié de voir cette femme pour savoir où en était la grossesse, et par le volume seul du ventre j'ai reconnu qu'elle était au huitième mois, ce qui correspondait avec la dernière menstruation. L'enfant, que j'ai pu bien examiner au palper, était en première position du vertex (O. J. G. A.) et vivant. N'ayant rien à faire pour le moment, j'ai laissé les confrères continuer les soins de l'état général, et comme la santé de la malade était à peu près désespérée, j'ai prié la famille de m'appeler dès que les symptômes de travail se déclareraient, ou que l'agonie se présenterait avant l'accouchement.

Depuis ma visite, la pauvre patiente a vu ses douleurs augmenter tellement, qu'elle avait fini par passer des nuits consécutives sans sommeil; et, pour adoucir ces souffrances, on avait dû pousser l'acétate de morphine jusqu'à donner à la malade une sorte de délire tranquille, mais permanent. Ceci a duré jusqu'au 9 février, époque à laquelle l'état de la malade ayant empiré, on m'a fait appeler à sept heures du soir.

A mon arrivée, je trouve la patiente nn ne peut plus affaissée; abolition de l'intelligence, pouls à 140, ventre ballonné au point de masquer l'utérus; enfin, il y a des vomissements de matières verdâtres. L'enfant que j'examine à l'auscultation vit encore; aussi j'essaye à mon tour de soulager la mère. Les boissons à la glace et un sinapisme à l'épigastre ne calment pas les vomissements; bien au contraire, la malade rejette des matières assez formées pour prouver qu'elles viennent de plus loin que l'estomac. Elles ne sont pas odorantes comme les matières fécales, mais ton dirait qu'il y a interruption de la circulation intestinale, comme dans l'ileus. A deux heures après minuit, les choses n'ayant pas changé, j'ordonne un lavement purgatif pour vider l'intestin rectum

que je sentais distendu en pratiquant le toucher vaginal, et comme le liquide ne pénétrait pas, j'ai pris le parti de curer ces matières indurées pour préparer le passage à l'enfant. A mesure que j'ai vidé l'intestin, les vomissements ont diminué et ont fini par cesser; bien plus, le col utérin qui, jusque là, avait conservé une certaine longueur, commence à s'effacer et à se dilater. Lorsque je tiens pendant quelque temps les mains à la fois sur le col et sur le corps de la matrice, je la sens se durcir. Il y a par conséquent un commencement de travail, et quoi qu'il arrive, je pourrai extraire l'enfant par les voies naturelles, sans recourir à la gastrotomie.

Avec cela, l'état général de la malade n'a pas changé; si elle n'est plus agitée par les vomissements, elle n'a pas repris connaissance, bien au contraire, la face est plus crispée et le pouls est filiforme, parfois même intermittent. L'état de la mère s'aggravant toujours, la circulation utérine devait se faire de plus en plus mauvaise, et quoique le cœur fœtal battît toujours, je devais craindre que l'enfant ne mourût avant la mère. A huit heures et demie du matin, le 10, j'ai donc prié M. Maitre de me venir en aide, et j'ai commencé à intervenir pour terminer au plus tôt l'accouchement.

Je commence par promener la pulpe des doigts explorateurs sur le col pour le titiller, tout en aidant la dilatation, et bientôt celle-ci se fait complète. L'utérus se contracte faiblement. La poche, cependant, bombe, et la tête fœtale commence à plonger à travers le détroit supérieur. Je romps la poche des eaux pour que l'utérus revienne un peu sur lui-même, et sans déranger le moindrement la femme de la position où elle était, j'applique le léniceps. De faibles tractions ont bientôt fait descendre la tête sur le plancher, et, chose curieuse, la femme, qui est moribonde, semble à ce moment ramasser le peu de force qui lui reste pour pousser l'enfant par des efforts.

La tête une fois sortie, je trouve au cou de l'enfant un tour de cordon que je fais chevaucher; je vais saisir les aisselles, et je vois un autre tour serrer le tronc, de sorte que je me félicite de plus en plus d'être intervenu pour sauver cet enfant (huit heures trois quarts).

C'est un garçon de petite dimension (2,700 grammes), dont

la face est bleue pendant que le reste du corps est pâle ; son cœur bat encore, mais très-lentement ; il n'y a pas le plus petit mouvement respiratoire. Avant même de lier et de couper le cordon, j'excite l'enfant par des frictions, par de petits coups sur le thorax, le dos, les fesses, et je vois que le diaphragme commence à se contracter. Je lie et coupe alors le cordon ; je plonge cet enfant dans un bain chaud en continuant les excitations, et la respiration finit par s'établir ; il y a même des cris.

Après la sortie de l'enfant, l'état de la femme n'a pas changé, la respiration est stertoreuse et le pouls presque imperceptible. Après le fœtus, sont sortis de la vulve des caillots sanguins, noirs, mais pas en plus grande quantité qu'à l'ordinaire ; l'utérus s'est rétracté, presque comme d'habitude.

A neuf heures, M. Maitre essaye de délivrer la femme et il trouve des résistances. Pendant qu'il tire sur le cordon en divers sens, je frictionne l'utérus sans succès. Après quelques instants, j'ai essayé à mon tour en glissant mes doigts sur le cordon jusque dans l'utérus, et là, ayant trouvé une partie du placenta décollée, j'ai tiré dessus et entraîné le délivre. Voici ce qu'il offrait de particulier :

Le gâteau placentaire, dans son ensemble, est pâle, ce qui pourrait tenir peut-être à ce que je n'ai pas lié le bout placentaire du cordon ; mais le restant était le résultat de l'état actuel et antérieur de la mère. Ainsi la surface utérine de cet organe est presque entièrement couverte de filaments et de plaques fibreux, en très-grande partie incrustés de calcaire. En divisant le parenchyme avec le couteau, on voit, au milieu du tissu sain et pâle, des foyers où le sang est noir et coagulé. Le plus grand de ces foyers est au point d'implantation du cordon, et si les caillots n'y étaient pas anciens, on aurait pu croire qu'il avait été le résultat des tractions qui auraient déchiré les vaisseaux. Ainsi, outre l'état grave de la mère et les tours du cordon, l'enfant avait à lutter contre des altérations du placenta, et assurément il serait déjà mort si, pour l'extraire, on devait attendre la mort de la mère.

Une fois le délivre enlevé, j'ai profité de la laxité des parois abdominales pour explorer avec soin tous les organes,

et je n'en ai pas trouvé d'altérés au point de faire croire que d'autres cancers s'étaient développés ni dans ces organes, ni sur les parties correspondantes du squelette. Je ne sais pas cependant si les douleurs excessives et permanentes de la région lombo-sacrée ne dénotaient pas quelque chose de semblable, quoiqu'il fût impossible de rien découvrir à l'extérieur. L'utérus, après la délivrance, est revenu sur lui-même à peu près comme il le ferait chez une femme bien portante.

Tout paraissait bien aller pour l'enfant, et M. Maitre était même parti lorsque, à dix heures et quart, j'ai vu cet enfant pâlir d'abord, puis devenir bleu, se refroidir et respirer à peine, quoique, auparavant, il eut respiré, crié, et même avalé de l'eau sucrée. J'ai alors fait enlever les maillots qu'on serre malheureusement trop en pareil cas, et après avoir plongé cet enfant dans un bain chaud aiguisé d'un peu de moutarde, je l'ai frictionné; j'ai opéré la respiration artificielle par des pressions thoraciques, et les mouvements respiratoires se sont ranimés, la respiration s'est faite plaintive, enfin l'enfant a bien crié. Je lui ai donné un peu d'eau vineuse, et je l'ai laissé à onze heures en bon état. Quant à la mère, elle s'est éteinte à midi.

Je revois l'enfant à quatre heures et demie, et je trouve qu'il va lentement tomber encore sous l'asphyxie dont je l'avais tiré; de plus, je lui vois le front crispé et de petits mouvements convulsifs qui lui parcourent les membres ainsi que le tronc. Je me contente cette fois de faire faire des frictions sèches avec de la laine chaude et de coucher l'enfant près du feu, ce qui suffit à le ranimer. On lui donne du lait coupé en attendant qu'on ait une nourrice. Dans la journée du 11, cet enfant semble avoir repris des forces, mais il a des vomissements verdâtres, et loin d'être pâle ou bleuâtre, sa peau est rouge. La réaction s'est établie; aussi je fais mettre un cataplasme sur le ventre; je coupe le lait avec de l'eau de graine de lin, et le soir, je fais donner un bain tiède de cette eau. Le 12, le mieux se maintient, et comme on a une nourrice, on donne à l'enfant du lait exprimé dans une cuillère. Petit à petit, les forces de cet enfant ont repris au point qu'il a commencé à prendre le sein; mais dans la crainte de perdre son lait, cette nourrice n'a pas

voulu rester, et d'autres n'ont pas voulu prendre un si faible nourrisson. La famille s'est contentée de donner à cet enfant du lait de vache coupé avec de l'eau de riz ou de gruau, sans même me faire avertir. L'enfant, après avoir eu la diarrhée, s'est affaibli, et le 17, on m'appelle pour le voir expirer, tan-dis qu'il aurait évidemment vécu si on lui avait continué le sein.

OBSERVATION CCLXXIX.

Pluripare. — Inconvénients de la station verticale prolongée après les relevailles. — Pourquoi la fécondation est ordinairement plus rapprochée chez la femme qui n'allaite pas que chez celle qui allaite. — Minimum du temps qui sépare, dans ces cas, l'accouchement de la nouvelle fécondation. — Utérus simulant par son volume une grossesse de deux mois. — Le palper et le toucher vaginal sont excellents pour constater ce volume. — L'écoulement sanguin simulant une fausse couche. — Tout s'évanouit sans confirmation de la grossesse. — Est-ce une métrite, une congestion, un cas d'atonie utérine ou une simple ovulation ? — Guérison de la malade.

Madame R..., après son dernier accouchement (V. obs. CCXLII), a tardé à se remettre, mais évidemment un peu par sa faute, ou plutôt par les exigences de sa position. Devant rester au comptoir de la cantine de la plus forte caserne de Paris, elle ne pouvait pas rester longtemps à se soigner après la couche, et une fois au comptoir, il lui fallait rester debout depuis la première heure du matin jusqu'à une heure avancée de la nuit.

J'ai bien recommandé à cette femme de faire des sacrifices pour garder le repos pendant plusieurs jours encore; je lui ai même prédit ce qui devait lui arriver; mais, d'une santé robuste, cette femme a cru pouvoir passer outre; aussi, elle n'a pas tardé à être prise de pesanteurs douloureuses au bas-ventre. Le sang a paru, non comme le retour de couche ou les règles, mais bien comme une perte abondante qui a duré plus de huit jours. Pour l'arrêter, il m'a fallu ordonner le repos absolu au lit pendant trois jours, des synapismes aux bras et l'interdiction des rapprochements sexuels; mais dès que madame R... s'est trouvée un peu mieux, elle a oublié les prescriptions.

Chez les animaux où l'utérus se trouve en dehors du bassin et libre de toute pression violente, la marche, et je dirais presque la fatigue après l'accouchement, ne porte pas à grande conséquence ; mais chez la femme, la reprise trop prompte de la station verticale est plus dangereuse qu'on ne le pense. L'utérus, encore gros, cède sous le poids des viscères et s'enclave dans le petit bassin ; il est à la fois alors gonflé par une plus grande quantité de sang qui y afflue et par la circulation qui s'y fait plus difficilement que s'il était libre au niveau du détroit supérieur. Ajoutons à cela le malheureux usage du corset qui congestionne le bas-ventre, et que madame R..., précisément, était forcée de mettre pour paraître au comptoir, et nous aurons l'explication des accidents précités. Je dirai même plus, que beaucoup de maladies utérines qui suivent les couches ne reconnaissent pas d'autre cause que celle dont je viens de parler.

Cette dame avait fini par se remettre, et elle avait eu ses règles comme d'habitude, du 29 novembre au 5 décembre 1861, lorsqu'au milieu du même mois de décembre, elle a été prise de malaises et de nausées ; enfin elle a vomi deux matinées consécutives, comme lorsqu'elle était grosse.

Le dernier accouchement ayant eu lieu le 29 mai de la même année, et cette femme n'ayant pas allaité, il n'était pas impossible qu'elle devînt grosse après six mois. Mes idées, cependant, sont sur ce sujet diverses de celles qui sont communément admises. Ainsi, il est vrai de dire que lorsque la femme allaite, il y a une grande dérivation vers les seins qui détourne le sang de l'utérus et des ovaires ; mais si l'ovulation suivait exactement l'écoulement cataménial, la fécondation, chez celles qui ne nourrissent pas, pourrait arriver avec les premières menstruations, chose que je n'ai pas encore vue. Six mois de vacuité dans ces cas est même un cas rare, quoiqu'on puisse citer des faits isolés où le temps a été encore moins long. La règle est que la femme, même sans allaiter, reste plus de six mois, parce qu'avant cette époque, il ne se fait guère d'ovulation après l'accouchement.

Quoiqu'ayant eu ses règles dans les premiers jours de décembre, madame R... se croyait grosse d'après les signes sus-indiqués, lorsque, le 15 de ce même mois, pendant

qu'elle était au comptoir, elle a été prise de coliques, de douleurs de reins et d'une perte de sang assez abondante. Malgré cela, cette dame a voulu persister à servir son monde le 15 et le 16. Le 17, le sang allant de plus en plus fort, elle se repose, et le 18 elle vient me consulter.

Ne croyant pas, comme la malade, à une grossesse, je prescris ce qui avait déjà réussi chez elle, le repos et les synapismes aux bras, en y ajoutant trois paquets par jour d'un gramme de seigle ergoté chacun ; mais ceci n'empêche pas le sang de couler le 19, et le 20 on m'appelle chez cette dame.

Je trouve à mon arrivée que la perte, sans être abondante, est cependant continue et s'accompagne de douleurs intermittentes assez éloignées, comme s'il y avait menace d'une fausse couche. Le seigle ergoté, il est vrai, aurait pu être cause de ces tranchées. Je palpe l'abdomen et je trouve le bas-ventre occupé par une tumeur médiane dont la forme et les dimensions ressemblent exactement à celles d'un utérus gravide de deux mois. Cette tumeur, un peu douloureuse sous la pression, dépasse les pubis de deux travers de doigts, y compris, bien entendu, les parois abdominales assez épaisses ici; enfin, elle est plutôt déviée à gauche qu'à droite, ce qui est rare pour un utérus gravide.

Je pratique le toucher vaginal, et je trouve le col utérin élevé, porté en arrière. La lèvre antérieure est volumineuse et résistante. Je ne puis guère atteindre le corps utérin à cause de son élévation ; mais en tenant le doigt sur le col pendant que j'imprime extérieurement des mouvements à la tumeur, je sens le ballottement se reproduire distinctement sur le doigt vaginal. Ainsi, la grosseur constatée par le palper et le col font partie de la tumeur; c'est l'utérus ayant acquis les dimensions d'une grossesse de deux mois environ. La hauteur de cet utérus, il est vrai, serait exagérée pour une grossesse aussi peu avancée ; mais comme le rectum est fortement distendu par des matières indurées, cet intestin pourrait être cause de l'élévation.

L'idée de la grossesse que j'avais repoussée me saisit cette fois malgré la fréquence et la persistance du sang, et je me demande si cela ne tiendrait pas plutôt à la menace d'une

fausse couche. Dans cette préoccupation, je fais vider l'intestin par un lavement purgatif, pour faire prendre après des quarts de lavements laudanisés ; je fais faire des injections vaginales froides, et, pendant que la malade reste au lit, je fais promener des synapismes sur le dos et sur les bras. Je recommande en même temps de ramasser soigneusement ce qui sort par la vulve et de me faire voir tout le linge sali.

Ces moyens ont suffi à faire cesser à la fois la perte et les tranchées. Le 21, j'examine le ventre au palper et je le trouve plus souple ; de plus, la tumeur hypogastrique est moins volumineuse, plus basse et moins douloureuse sous la pression. Par le toucher vaginal, je puis atteindre plus facilement le corps utérin, qui est dirigé à gauche pendant que le col s'en va plus à droite de la malade. Ce col est un peu plus ramolli que la veille, sans être entr'ouvert, de manière à faire croire que quelque chose s'engage à travers son orifice. Je n'ai pas osé sonder cet utérus dans la crainte de provoquer l'expulsion d'un œuf, s'il y existait, et même dans la crainte d'irriter l'organe malade dans le cas où l'œuf n'existerait pas. Ce que je constate d'une manière positive, c'est que la femme n'a rien perdu par la vulve qui puisse faire croire à un avortement, et l'utérus conserve encore un volume comme à un mois et demi de grossesse.

Les journées des 21 et 22 se passent bien, et la malade s'ennuie de rester encore au lit. Le 23, je la vois et trouve le bas-ventre plus souple, ce qui permet de constater encore mieux le corps utérin, qui n'a pas changé pour le volume et pour la sensibilité. Chose singulière, la sensibilité de la malade, même en dehors de l'abdomen, est plus exaltée dans le côté gauche du corps que dans le côté droit. Il n'y a jamais eu ni frissons, ni fièvre, ni chaleur locale pour faire croire qu'il s'agit d'une inflammation péri-utérine. A simple titre sédatif, je fais faire *loco dolenti* des frictions avec du baume tranquille laudanisé ; je fais mettre un cataplasme le soir et une flanelle le matin ; je fais donner des lavements émollients, et les jours suivants je fais prendre quelques bains généraux.

A l'aide de ces moyens, la malade se trouve de mieux en

mieux, si bien qu'elle peut reprendre son comptoir ; les règles reviennent, et tout rentre dans l'ordre sans que la grossesse se confirme.

Le 20 février suivant, je la vois et je la trouve parfaitement; elle a eu déjà ses règles deux fois et ne se plaint plus du ventre. J'aurais voulu examiner encore une fois l'état de l'utérus, mais la malade ne s'en soucie pas, de sorte que je ne puis pas dire si le volume de cet organe est revenu à son état normal ; mais la disparition des symptômes fait voir au moins qu'il a considérablement diminué.

Réflexions. — Voilà un cas dont le diagnostic est bien embarrassant. A quoi tenait l'augmentation du volume utérin? Ce volume était-il apparent ou réel?

Les moyens qu'on peut employer pour constater le volume exact de l'utérus pendant qu'il est encore dans le petit bassin sont d'une grande utilité pratique, et pour cela le palper abdominal combiné avec le toucher par le vagin me paraissent être d'une immense ressource. Le ballottement utérin, bien distinct du ballottement fœtal, comme je l'ai dit ailleurs, est une chose à laquelle on ne saurait trop s'exercer ; et je puis affirmer ici par l'usage de ces moyens que j'ai trouvé l'utérus plus gros que dans l'état de vacuité lorsque cet organe est sain. Ce volume, cependant, doit être considéré un peu moindre, à cause, d'une part, de l'épaisseur des parois abdominales chez une femme assez grosse, comme madame R... ; et, d'autre part, à cause de la plénitude du rectum qui, les premiers jours, faisait remonter l'utérus plus haut qu'il ne devait être. Une fois ce volume apparent éliminé, il restait encore, je le répète, un volume réel plus considérable qu'il ne devait être. Il s'agit de chercher maintenant la cause de ce volume.

L'idée de la grossesse a fait planer le doute pendant plus d'un mois, et ceci montre une fois de plus qu'il ne faut pas se prononcer trop promptement dans des cas semblables. Ce volume, ne tenant pas à une grossesse, tenait-il à une métrite, une congestion, un cas d'inertie utérine, ou à une simple ovulation?

J'écarte d'abord l'idée de la métrite et même du phlegmon péri-utérin, parce qu'il n'y avait eu ni frissons, ni fièvre, ni

chaleur locale, ni pertes blanches ; ensuite parce que la partie malade n'avait pas été le siége de douleurs spontanées. La pression même y causait un endolorissement plutôt qu'une douleur vive.

S'agissait-il d'une congestion utérine causée par la station verticale, la constipation, le coït, etc. ? Je ne le crois guère. Dans ces cas, du reste, l'hémorrhagie soulage au lieu d'aggraver le mal.

Je ne crois pas non plus qu'il s'agit d'un de ces cas d'inertie utérine dont les auteurs ne font guère mention, et où les vaisseaux utérins, en quelque sorte paralysés, se laissent tellement distendre par la congestion cataméniale ou autre, que l'utérus double presque de volume. Les hémorrhagies, qui sont souvent la conséquence de cet état, ne soulagent alors que momentanément ou ne soulagent pas du tout. Ces hémorrhagies, avec grossissement utérin, du reste, s'accompagnent presque toujours de relâchement général des tissus, d'hydrhémie, et d'une obésité qui tient plutôt de la bouffissure.

Il ne reste donc qu'une ovulation, et ici les idées reçues admettant une ovulation mensuelle ne permettraient pas de s'arrêter au fait, tandis qu'il est démontré pour moi que cette ovulation est le plus souvent annuelle pour chaque ovaire, soit deux œufs environ par an. Cette ovulation, précisément, peut expliquer les symptômes de la grossesse, mais la fécondation n'ayant pas eu lieu, tout s'est arrêté là. L'œuf, à dire vrai, aurait pu, quoique fécondé depuis peu de jours, s'en aller avec le sang, mais si la chose avait eu lieu, elle aurait été observée tant on y a pris garde ; non fécondé, au contraire, l'œuf, par sa petitesse, a pu échapper à toutes nos investigations.

S'il se fût agi d'une femme avancée en âge, on aurait pu se demander aussi si le volume utérin ne tenait pas à un polype, à une dégénérescence quelconque, à un kyste des parois utérines, etc., mais la malade était trop jeune pour cela.

OBSERVATION CCLXXX.

Multipare. — La prolificité ne dépend pas du bienêtre des familles. — Le lait des seins ranimant un enfant presque mourant, nourri au biberon. — Commencement d'une dixième grossesse par la connaissance du jour précis de la fécondation. — Symptômes de cet état avant la première disparition des règles. — Premiers mois pénibles, évidemment à cause de la présentation des pieds de l'enfant. — Raisons de ce fait. — Quelles sont les causes les plus fréquentes de ces présentations.—Version céphalique spontanée, ou la culbute des anciens, arrivée au huitième mois. — Valeur du palper abdominal pour le diagnostic et pour opérer la version céphalique artificielle. — Réserves dans la pratique de cette opération. — Naissance d'un garçon vivant à la neuvième époque cataméniale, quoique n'ayant que deux cent quarante-huit jours de vie intra-utérine. — Importance capitale de ce fait pour les diverses manières de compter la durée moyenne de la grossesse. — Accouchement physiologique, quoique très-prompt. — Influence de l'orage sur la provocation du travail. — Guérison de la mère, sans fièvre. — Elle nourrit son enfant au sein pour la première fois.

Mme L..., après son dernier accouchement, (v. obs. CCXI), s'est bien portée, quoique ses menstrues aient tardé plus que d'habitude à revenir. Son enfant, qui avait été placé au biberon, à la campagne, avait tellement dépéri qu'on le lui a rapporté mourant. Malgré l'état de maigreur et de faiblesse extrême de cet enfant, j'ai conseillé l'usage du sein d'une nourrice, et ce lait, d'abord pris à la cuillère, puis directement par la succion, a pour ainsi dire ressuscité le petit malade.

Mme L..., qui avait fini par avoir régulièrement ses menstrues, les a encore pour une dernière fois, du 16 au 20 juin 1861. Soit à cause de l'âge, soit à cause de l'état valétudinaire où est son mari, elle avait rarement des rapprochements sexuels; mais le 7 juillet, à la suite d'une fête et d'un bon repas, elle en eut un, qui, comme nous allons le voir, fut suivi de fécondation.

Chose curieuse, d'après ce qu'elle dit, peu de jours après ce coït, elle se sentit fatiguée avec nausées, manque d'appétit, et se crut déjà grosse; enfin, l'idée de la grossesse fut

confirmée par les règles qui ne reparurent pas du 16 au 20 juillet. N'ayant pas vu son mari entre la dernière apparition des règles et le 7 juillet, ne l'ayant pas revu entre cette date et le 20 du même mois, c'est que la fécondation a eu réellement lieu le 7 juillet. C'est la dixième grossesse qu'a eue cette femme, quoique son état de laitière et l'état de son mari, qui est sergent de ville, ne leur donnent pas beaucoup d'aisance. La faiblesse apparente de cette femme, et la santé plus que délabrée de son mari, sembleraient exclure la multiplicité des fécondations ; mais le nombre des œufs n'est pas toujours sous la dépendance de l'état général. Ce qui se ressent plutôt de cet état des deux parents, est la santé des enfants. Aussi, de toutes ces grossesses, quoique arrivées souvent à terme, presque tous les enfants sont morts en bas âge.

Les premiers mois de cette dixième grossesse ont été plus pénibles qu'aux autres ; non seulement il y a eu des somnolences et des malaises, Mme L... a vomi jusqu'aux matières alimentaires pendant plus de quatre mois. Elle commençait à aller un peu mieux lorsque je l'ai vue, pour la première fois, le 26 février 1862.

Après avoir pris les renseignements qui précèdent, j'ai procédé à l'exploration du ventre encore recouvert de la chemise, et la palpation m'a permis de constater la présence d'un fœtus dont la tête est dans l'hypocondre droit, le dos descend obliquement vers la fosse iliaque gauche, et les pieds sont dans la fosse iliaque droite (S. J. G. A.).

La lecture de la dernière observation qui concerne cette femme prouve que d'autres fois, chez elle, l'enfant a présenté le siége ou les pieds pendant la grossesse. A quoi tiennent ces mauvaises présentations? Evidemment elles ne tiennent pas à une déformation du bassin, qui est ici très-spacieux. Elles ne tiennent pas non plus à une déformation du fœtus. A mon avis, elles tiennent uniquement à l'extension exagérée que les nombreuses grossesses ont donnée ici à l'utérus, et surtout aux parois abdominales. En effet, ce n'est pas sans raisons mécaniques que le fœtus prend de préférence telle ou telle attitude.

L'attitude où le fœtus présente les pieds en bas est plus

fréquente qu'on ne le pense, et malgré le silence des auteurs à cet égard, cette attitude est remplie d'inconvénients, soit pour la mère, soit pour l'enfant, et cela pendant la grossesse comme au moment de l'accouchement. Un des inconvénients de la grossesse, dans ces cas, est la souffrance que les pieds du fœtus occasionnent par leurs mouvements sur le segment inférieur de l'utérus, qui est la partie la plus sensible et la moins soutenue pendant le temps de la gestation. C'est évidemment à la présentation anormale de son enfant que cette dame a dû de souffrir plus qu'aux grossesses précédentes, lorsque la présentation était celle de la tête, tandis qu'elle a souffert aussi à l'autre grossesse, dans laquelle l'enfant présentait les pieds.

Que faire quand on trouve, pendant la grossesse, un enfant avec les pieds ou le siége en bas? Sans doute si la grossesse était tellement pénible qu'il y eut menace d'accouchement prématuré, il faudrait faire immédiatement la version céphalique par manœuvres externes; mais lorsque cette menace n'existe pas, il faut s'assurer, par une observation de plusieurs jours, pour savoir si la présentation anormale est passagère ou permanente.

N'importe la cause de ces présentations, le fait est que, quelquefois, l'enfant fait spontanément la version céphalique. Les anciens étaient évidemment dans l'erreur quand ils croyaient que tous les enfants se tiennent commodément assis sur le bassin jusqu'à huit mois, et qu'à cette époque ils font la *culbute*; mais il ne faudrait pas croire non plus que la chose n'ait pas lieu quelquefois. Le palper abdominal me permettant de porter pendant la grossesse un diagnostic plus certain que par l'auscultation et par le toucher vaginal, j'ai pu constater bien des fois la version céphalique spontanée du fœtus; aussi j'ai pour habitude d'attendre plusieurs jours pour savoir si la mauvaise présentation est passagère ou permanente. C'est seulement lorsqu'elle menace de durer jusqu'au travail de l'accouchement que j'opère artificiellement cette version par des manœuvres externes.

Le fait de Mme L... est une confirmation de cette règle. En effet, le 6 mars, étant allé porter un nouveau diagnostic, j'ai trouvé que le fœtus, sans doute par l'extension

brusque des jambes, avait changé de présentation sans changer de plan, et était en seconde position du vertex (O. J. D. P.). La malade, du reste, s'en était aperçue par la diversité du siége des mouvements actifs et par le soulagement des douleurs du bas ventre.

Cette dame se trouvant mieux, du reste, avait repris des forces et attendait avec plus de sécurité son accouchement; mais quel devait être le moment de la délivrance ? Connaissant ici le jour exact de la fécondation, il était facile de mettre au contrôle les diverses manières de compter la durée moyenne de la grossesse.

Les lecteurs de ma clinique, comme les lecteurs de mon *Essai sur l'accouchement physiologique* (1855) savent que, pour moi, la neuvième époque cataméniale après la fécondation, dans l'immense majorité des cas, est celle qui apporte l'accouchement; ce qui ferait environ deux cent soixante jours, tandis que les idées reçues portent la durée moyenne de la gestation à deux cent soixante-dix jours. Le moment de la fécondation, comme le nombre de jours, du reste, ne sont pas pour moi la chose la plus décisive dans l'espèce humaine. La congestion atacméniale a une valeur bien supérieure, et le fait de Mme L... est une nouvelle preuve en faveur de mes principes.

Ainsi, pour accoucher à neuf mois, de trente jours chaque, ou le deux cent soixante-dixième jour, le travail devait arriver ici le 3 avril ou, au plus tard, le 7 de ce mois. Si, au contraire, il devait être apporté par la neuvième époque cataméniale, il devait arriver du 16 au 20 mars 1862.

Dans les premiers jours de ce dernier mois, Mme L... se trouve si bien que, non-seulement elle fait son état de laitière, elle se met le 12 à laver du linge. Dans la nuit suivante, les douleurs la prennent, et à peine si elle a le temps d'appeler une voisine pour faire prévenir son mari qui était dehors à son service. En dix minutes, elle accouchait toute seule d'un garçon fort bien portant. Probablement, le lavage du linge a un peu précipité les choses, et, du reste, dans cette même nuit, il faisait un tel orage que plusieurs femmes grosses ont été prises de douleurs d'enfants, d'autres ont avorté; mais en accouchant la nuit du

12 au 13 mars, cette femme se rapprochait bien plus de la neuvième époque cataméniale que si elle devait aller jusqu'au 3 ou 7 d'avril. Le travail est arrivé ici le deux cent quarante-huitième jour après la fécondation.

L'enfant, qu'on m'a montré le 13, est un peu petit (2,860 gr.), mais vivace. Une sage femme du voisinage ayant été appelée pour délivrer Mme L..., je lui ai laissé le reste des soins de couche, avec la recommandation de me prévenir si quelque chose arrivait d'anormal. Cette dame qui, à dire vrai, avait perdu assez de sang après l'accouchement, n'en avait pas été bien affaiblie, et les suites de couches ont été des plus normales; si bien que le 15, elle a voulu commencer à se lever. Le reste s'est bien passé, et, qui plus est, cette femme n'ayant pas les moyens d'avoir une nourrice sur lieu, et ne voulant plus confier son enfant à une personne éloignée, se décida à lui donner elle-même le sein. L'allaitement, quoique se faisant à une dixième grossesse, n'en avait pas moins bien commencé. J'ignore si la continuation a été possible, n'ayant plus revu cette femme.

OBSERVATION CCLXXXI.

Pluripare. — Disposition aux hémorrhagies malgré la pauvreté du sang. — Deuxième grossesse accompagnée d'épistaxis quotidiens. — Accouchement près de la neuvième époque cataméniale. — Raisons du fait. — La rotation fœtale commençant avant l'engagement prononcé. — Les contractions utérines alternant entre une forte et une faible. — L'éclampsie ne revient pas à tous les accouchements chez la même femme. — Précautions à ce sujet. — Les doubles membranes ou la poche amnio-choriale et les fausses eaux. — Les membranes sont-elles un obstacle à la progression de la tête fœtale? — Un tour de cordon au cou de l'enfant, sans qu'il en soit résulté d'inconvénients. — Petites manœuvres abrégeant le travail. — Naissance d'un garçon vivant. — Diversité entre un enfant qui ne peut et un enfant qui ne doit pas pleurer. — Le développement fœtal n'est pas toujours proportionnel à la santé de la mère. Hémorrhagie utéro-placentaire antérieure au travail. — Administration préventive du seigle ergoté, ses avantages. — Où conduisent les mœurs à la ville et à la campagne chez les ouvriers. — Rétablissement de la malade sans fièvre.

Mlle A. F..., depuis son dernier accouchement (v. obs.

LI), s'était assez bien remise, quoiqu'ayant eu des attaques d'éclampsie; mais elle n'a pas tardé à être atteinte de chlorose, pour laquelle on lui a fait prendre du fer et autres toniques.

Cette chlorose n'avait pourtant pas empêché les règles de venir exactement tous les mois et d'être abondantes comme avant la première grossesse; ce qui prouve combien les dispositions personnelles et la pauvreté du sang ont peu d'action sur la menstruation, si tant est que ces pertes ne soient pas cause de la chloro-anémie, ou tout au moins qu'elles ne l'aggravent.

Cette demoiselle a continué l'état de fleuriste, ce qui n'a peut-être pas été avantageux pour sa santé, à cause des émanations arsénicales cuivreuses ou mercurielles qui s'exhalent des couleurs dont on se sert pour teindre les fleurs artificielles. Enfin elle a continué de vivre en ménage avec l'amant qui l'avait déjà rendue mère et qui lui a procuré la deuxième grossesse dont nous allons parler.

Les dernières règles ont paru du 19 au 25 juin 1861, et depuis ce moment, cette femme a été prise de crampes d'estomac et de nausées, sans cependant avoir vomi. Dans les derniers mois, elle se trouvait mieux, et le 1er février 1862, elle vient me voir pour m'annoncer son prochain accouchement.

Je l'examine au palper, et je trouve qu'elle porte un enfant situé en deuxième position du vertex (O. J. D. P.), sans offrir aucun des symptômes qui pourraient faire craindre le retour de l'éclampsie; c'est-à-dire pas de céphalalgie, pas de douleurs épigastriques, pas d'œdème aux membres, etc. Tout ce que cette femme offre de particulier est un épistaxis presque quotidien, qui arrive le matin au lever du lit.

La neuvième époque cataméniale aurait dû apporter l'accouchement entre le 19 et le 25 mars; mais le travail a devancé cette époque de cinq jours. Il a commencé le 14 à une heure après midi, par quelques malaises, et avant même que des douleurs se soient déclarées, les eaux ont percé la poche, enfin les mouches n'ont pas tardé, et à cinq heures et demie, je suis appelé auprès de la malade.

A mon arrivée, je trouve le col utérin effacé avec une

dilatation de 4 centimètres de diamètre; la tête fœtale commence à plonger dans l'excavation, et le palper trouve le tronc tout à fait à droite et en dehors. C'est donc déjà une position transverse, preuve que la rotation se fait ici avant la descente complète de la tête dans le petit bassin. Les contractions utérines sont à la période de quatre minutes, et alternent entre une forte et l'autre faible.

Attendu l'éclampsie qui avait suivi l'autre accouchement chez cette femme, je l'avais déjà questionnée avant le travail, et celui-ci arrivant un peu prématurément, je renouvelle mes instances en surveillant la malade de très-près. La réponse que j'obtiens est que la veille il y avait eu un peu de douleur rétrosternale et dans le dos. Le jour même il y avait un peu de céphalalgie, malgré l'épistaxis matinal ; mais tout cela n'était pas bien prononcé.

J'ai laissé marcher le travail, me promettant d'en hâter la fin le plus possible, pour ne pas trop surexciter le système nerveux. En effet, à six heures quarante minutes le lit de misère étant préparé, j'ai fait coucher la femme, et j'ai accroché le col utérin qui était fort en arrière. Quelle n'est pas ma surprise, lorsque je constate la présence d'une poche, malgré l'écoulement déjà opéré d'une certaine quantité de liquide (plus d'un verre).

Le redressement seul du col que je maintiens en avant, et le chevauchement de la lèvre antérieure que j'opère, facilitent tellement la progression de la tête, que je ne me soucie pas de rompre les membranes, très-minces, du reste. J'abaisse le périnée, et la tête ouvrait la vulve lorsque la poche s'est ouverte spontanément sous mes yeux, à sept heures. Il est vrai qu'ici les membranes restées intactes jusqu'au dernier moment n'étaient représentées que par l'amnios, comme nous le verrons plus loin, et que le chorion était rompu dès la sortie des premières eaux; mais autant je suis partisan de la rupture des enveloppes fœtales lorsqu'elles peuvent offrir obstacle à l'avancement du travail, autant je laisse ces membranes intactes et ménage l'écoulement du liquide qui protége l'enfant lorsque ces membranes n'empêchent pas la tête de progresser à chaque contraction.

Deux minutes après, la tête fœtale sortait au dehors, et

pour prévenir les déchirures périnéales, j'ai dû retenir cette tête plutôt que je n'ai dû la pousser. Pendant que l'occiput faisait sa rotation à droite de la femme, j'ai glissé le doigt le long du cou, et ayant trouvé un tour de cordon, je l'ai fait chevaucher facilement. Avec tout cela, cependant, le tronc ne sortait pas, et j'ai dû accrocher l'aisselle postérieure pour tirer dessus pour finir l'accouchement.

L'enfant est un garçon à terme (2,930 gr.), vivace et assez fort pour une mère aussi faible. Il grogne à peine sans pleurer, ce qui étonne la mère et les assistants. La chose était bien simple : si cet enfant ne pleurait pas, c'est qu'il n'avait pas souffert tant l'accouchement avait été prompt et facile, tandis que si cet enfant avait beaucoup souffert, il aurait pu ne pas pleurer, parce qu'il se trouvait en état de mort apparente.

Huit minutes après, je commence à faire de petites tractions sur le cordon ombilical, et le placenta vient facilement, preuve évidente qu'il ne restait plus à ce moment aucune adhérence. Je remarque aussi que le délivre a un volume considérable, en disproportion avec l'enfant s'il était sain; mais voici ce qu'il offrait.

La plus grande partie de la surface utérine du placenta offre un caillot sanguin, tout à fait adhérent, distinct du sang, récemment coagulé autour du délivre. Ce caillot offre une densité plus considérable que les autres; on le dirait presque organisé, et il est formé de plusieurs couches, dont les plus rapprochées de la surface placentaire sont les plus noires et les plus denses. Celles qui correspondent à la surface utérine sont moins foncées et moins denses. Evidemment ce caillot était antérieur au travail, et sa formation coïncidait peut-être avec les malaises qui ont déterminé les contractions. Il est surprenant que le fœtus se soit si peu ressenti de cette lésion; mais si, par malheur, le travail avait été long et pénible, cet enfant n'aurait pas tardé à succomber.

Avant de quitter le délivre, j'ai voulu m'assurer si la poche amnio-choriale existait ici, et, en effet, j'ai trouvé l'amnios décollé du chorion dans presque toute son étendue. Evidemment les premières eaux qui se sont écoulées étaient dans cette poche, et leur sortie coïncidait avec la rupture du chorion; car au moment où j'ai senti, et que j'ai vu de mes

yeux une poche intacte, cette poche était mince et transparente, c'est-à-dire réduite au seul amnios. Suivant mon habitude, je serre le ventre de la femme à l'aide d'une ceinture, et ordonne 2 grammes de seigle ergoté, qu'on administrera, s'il ne survient pas de vives tranchées. Bien m'en a pris d'avoir passé quelques moments auprès de la malade; car, malgré les tranchées, le sang coulait encore trop fort, et le seigle l'a bientôt arrêté.

Le 15, je trouve la malade en bon état, pas de fièvre. L'utérus, dur sous la main, est d'un doigt au-dessous de l'ombilic. Le peu de mal de tête qui existait hier a disparu, preuve évidente que les craintes de l'éclampsie s'évanouissent. Bouillon, potages, eau rougie pour la mère, lait coupé à l'enfant.

La nuit est bonne, les seins commencent à gonfler, et comme l'enfant pleure, la mère commence à les lui présenter, quoiqu'elle n'ait ni les qualités, ni la volonté d'une nourrice.

Le 16, la malade est si bien que je trouve le pouls à 60, et l'utérus à trois doigts sous le nombril. La malade me prie d'insister sur la constriction exacte du bandage du corps, parce qu'il paraît la soulager. Les seins ne paraissent pas grossir davantage, et l'enfant n'y trouve pas grand'chose, car il les quitte plus de mauvaise humeur que quand il les prend.

Les choses allaient aussi bien le 17; mais à ce moment une affaire grave venait de se passer et avait mis la malade dans la plus grande désolation. L'amant qui avait toujours promis d'aller faire enregistrer l'enfant en son nom avait toujours renvoyé, et enfin il avait abandonné cette pauvre fille dans l'état qui précède, plutôt que de reconnaître l'enfant. Comme les trois jours allaient expirer pour l'enregistrement, j'ai dû aller moi-même à la mairie présenter cet enfant à l'officier de l'état civil. La malade, ne sachant que devenir, se proposait d'aller à l'hôpital, où probablement elle abandonnerait son enfant.

Réflexions. — Voilà où conduisent les mœurs des grandes villes chez les ouvriers qui ne sont pas unis par les liens du mariage. Heureusement que des établissements de bienfaisance y étant d'un facile accès, les femmes et les enfants y

trouvent assistance et protection. Il est rare que des infanticides soient la conséquence de ces naissances naturelles.

Dans les campagnes, au contraire, le mariage étant plus de rigueur, ces naissances naturelles sont plus rares ou sont bientôt suivies de l'union légale; mais en revanche, quand elles existent, les malheureuses femmes, plutôt que de devenir l'opprobre de leurs familles et des gens qui les connaissent, se livrent à des actes qui compromettent leur vie ou celle de leurs enfants.

OBSERVATION CCLXXXII.

Primipare, quoique un peu âgée. — La congestion cérébrale produisant une hémiplégie passagère. — Le rhumatisme aigu et son influence ultérieure sur la santé générale. — Action débilitante de l'air de Paris et des grandes villes sur les gens de la campagne; nouvelle théorie sur ce fait. — La grossesse améliorant tout d'abord la chloro-anémie préexistante. — Hydrhémie commençant dès le 6e mois de la gestation pour aller ensuite en augmentant. — Influence réciproque de la grossesse et des lésions organiques du cœur. — Déclaration spontanée du travail à huit mois. — Enfant mort en présentation du siége ; particularités de cette présentation. — Pourquoi on ne retrouve pas de roideur cadavérique chez les morts-nés. — Fâcheuses conséquences de la méthode expectante. — Mort prompte de la femme par suite d'une infiltration séreuse des poumons. — L'albuminurie et l'hydrhémie peuvent entraîner la mort de la mère et de l'enfant sans qu'il y ait éclampsie. — Précautions à prendre dans ces cas. — Particularités du délivre.

Mme F. D., native du grand-duché du Luxembourg et habitant Paris depuis plus d'un an, est une couturière âgée de 29 ans, de taille au-dessus de la moyenne et d'une assez bonne constitution.

Elle a eu à 26 ans une attaque qui l'a subitement paralysée dans tout le côté gauche du corps, mais une saignée et autres remèdes l'ont aussi promptement guérie radicalement, preuve que la congestion cérébrale, si elle n'était pas tout, était infiniment supérieure à l'épanchement. Cette femme a été aussi sujette aux douleurs rhumatismales, qui lui ont parcouru tout le corps et qui ont fini par lui laisser une

maladie organique du cœur, suite probable d'une indocardite.

Réglée de bonne heure, elle a continué à être bien menstruée tant qu'elle est restée chez elle, quatre à cinq jours par mois, et en avançant chaque fois de quatre jours. Mariée le 4 février 1860, elle a passé un an et demi sans grossesse, mais sans se bien porter, car elle se plaignait de faiblesse dans les jambes, de palpitations et d'un essoufflement incommode en montant les escaliers.

Arrivée à Paris où elle a des membres de sa famille (Cloître Saint-Honoré) assez aisés, elle a vu ses règles se suspendre pendant plusieurs mois de suite sans qu'il y eût grossesse ; ce n'est qu'avec des toniques et un régime fortifiant qu'elle les a vu revenir.

Sans doute les conditions antérieures de santé ont pu être pour quelque chose dans cette aménorrhée, et le changement de lieu, qui seul produit cet effet quelquefois, a pu y ajouter ; mais une cause plus fréquente et plus accentuée a dû être celle du passage d'un séjour en pleine campagne au séjour d'une grande ville comme Paris. Je ne prétends pas etre le premier à avoir fait cette remarque, mais ce que je sais est qu'on n'en a pas donné une explication satisfaisante, et l'état de l'air ainsi que le rôle de la respiration, tels que je les conçois, suffisent à donner cette explication.

J'ai déjà eu occasion de le dire ailleurs, les théories qui règnent sur le rôle de la respiration sont que cette fonction sert uniquement à produire de la chaleur par la combustion des principes carbonés du sang. Pour moi, au contraire, la respiration sert en outre à condenser les principes albumineux du sang pour les faire passer à l'état de fibrine naissante, et par conséquent on ne peut plus assimilable. Cette manière de voir n'explique pas seulement le fait de notre malade, elle en explique une foule d'autres, mais que je laisse de côté pour le moment. Ainsi notre malade, comme tous les gens qui habitent un lieu où l'air est pur, voyait facilement passer les principes albumineux à l'état de fibrine naissante, et avec des aliments réputés peu nourrissants ou en petite quantité, elle avait ses forces réparées. Elle est venue à Paris avec des ressources pécuniaires et chez

des parents aisés ; cependant elle a pâli de plus en plus, ses règles ont disparu par suite d'une chloro-anémie, et si elle a voulu se remettre, il lui a fallu recourir à une alimentation bien plus substantielle qu'à la campagne ; il lui a fallu employer des moyens pharmaceutiques. La chose est bien simple pour moi, c'est que les émanations des grandes villes absorbant l'oxygène atmosphérique ou mêlant des principes dissolvants à ce fluide diminuent la plasticité de notre sang et occasionnent une foule d'accidents consécutifs. Chez les citadins, les principes albumineux qui proviennent des aliments digérés passent par les urines souvent, ou par d'autres voies sans être assimilés ; aussi on mange à la ville des substances plus réparatrices qu'à la campagne, quoique en réalité on y répare moins ses forces.

Avec des soins, Mme F. D. avait vu ses forces augmenter et avec elles les règles reparaître, lorsque le sang a coulé pour une dernière fois du 18 au 24 juillet 1861, mais cette fois c'était parce qu'une grossesse allait commencer.

Loin de s'affaiblir, les forces de la malade sont allées en se développant pendant les premiers mois ; elle avait meilleur appétit et avait repris du teint, comme je l'ai fait remarquer bien des fois chez les femmes où la grossesse corrige la chloro-anémie préexistante ; mais tout a bientôt changé depuis les premiers jours de janvier 1862, c'est-à-dire depuis le cinquième mois.

A ce moment commencent l'inappétence et les nausées qui n'avaient pas paru dans les premiers mois ; les forces diminuent, et à la fin de janvier surviennent de la dyspnée, des palpitations et une toux fatigante.

Mme F. D. ayant consulté un médecin à cette époque, il lui fut ordonné une potion calmante dont elle tira peu de profit, et attribuant ses malaises à la grossesse, elle les supporta après sans rien faire. Dans les premiers jours de mars, les jambes commencèrent à enfler, et vu la grossesse, on ne s'en préoccupa pas non plus ; mais la dyspnée allait toujours en augmentant, et ayant enfin des inquiétudes sur sa position, cette femme s'était décidée à partir pour son pays natal, lorsque les symptômes du travail commencèrent à se déclarer.

Avant de parler de ces symptômes il est bon de s'arrêter sur la différence que nous venons de signaler entre les premiers et les derniers mois. En effet la grossesse commençante a apporté de la vitalité chez une femme qui en manquait, et l'excitation sympathique a été salutaire au lieu de se traduire par des vomissements et autres symptômes incommodes; mais une fois la période dynamique passée, la période mécanique de la grossesse a commencé, et c'est à cette dernière qu'il faut attribuer tous les symptômes graves dont nous avons parlé ainsi que d'autres plus graves encore. L'affection rhumatismale ne paraît pas avoir pris part à ces symptômes, mais la maladie organique du cœur a pris de l'importance à mesure que ce dernier organe a été gêné par le volume utérin. Soit par atonie, comme la chose a souvent lieu dans la chloro-anémie, que les cavités cardiaques se soient agrandies, soit par hypertrophie des parois, résultat de rétrécissements d'orifices ou par suite de la pléthore séreuse, le fait est que le cœur, loin de diminuer de volume pendant la grossesse, avait augmenté aussi. La gêne de la circulation avait bientôt appelé la gêne de la respiration, et l'albuminurie, l'hydhrémie avaient été la conséquence nécessaire de cette gêne.

La mère et l'enfant ne pouvaient que souffrir de cet état, aussi ce dernier, comme nous allons le voir, avait déjà cessé de vivre au moment du travail, et la souffrance des organes chez la mère avait porté l'utérus à entrer prématurément en contraction. Le triste dénouement va nous montrer la gravité de l'état de cette femme.

Dans la journée du 16 mars (1862), la malade a commencé à ressentir quelques mouches; mais n'étant qu'à huit mois de grossesse, elle n'a pas pensé au travail. Le 17, le doute disparut, et les douleurs venaient déjà toutes les cinq à six minutes quand on fit appeler le docteur M. auprès de la malade. Ce confrère, en présence d'une femme infiltrée depuis les jambes jusqu'au visage, administra de la teinture de digitale; mais le travail n'en fut pas influencé, et ce qui allait surtout en augmentant était la dyspnée.

Comptant sur l'effet salutaire de la déplétion utérine, le docteur M. s'est borné à attendre pendant la journée du 18,

et voyant la nuit que la dyspnée augmentait sans que le travail se terminât, il m'a fait appeler le 19 à 7 heures 3/4 du matin.

A mon arrivée je trouve la malade très-fatiguée, se tenant assise parce qu'elle ne peut pas se coucher sans étouffer. La dyspnée est extrême. Son visage est pâle et bouffi; le pouls est à peine perceptible aux radiales. Cependant quand on applique l'oreille sur les précordes on sent le cœur battre si fort qu'il soulève la paroi thoracique. Je n'ai pas constaté de bruits anormaux, mais à dire vrai la chose la plus pressante n'était pas là.

Je pratique le toucher vaginal et je trouve le col utérin presque entièrement dilaté, la poche bombe, et derrière les membranes, je sens une partie fœtale dure qui ferait croire à une présentation du sommet. Le palper abdominal ne peut donner aucun résultat et l'auscultation ne laisse pas entendre de bruits fœtaux. Le développement du ventre comme les renseignements indique une grossesse de huit mois, et ce moment correspond précisément à la huitième époque cataméniale. Les contractions utérines sont à trois minutes d'intervalle.

L'état de la femme demandait une prompte délivrance; aussi j'ai aussitôt percé la poche des eaux, et à mesure que le liquide s'écoulait, la femme paraissait soulagée. Le travail avance, et à mesure que je puis mieux explorer la partie fœtale, je constate une présentation du siége, le sacrum à gauche et en avant (S. J. G. A.). En suivant la crête sacrée, j'arrive à l'orifice anal que l'on dirait contracté comme si l'enfant était encore vivant, quoique mon doigt vienne teint de méconium.

Les contractions font engager de plus en plus la partie fœtale, et pour faciliter cet engagement, j'accroche les aines et tire légèrement pendant la contraction, en tournant le dos en avant. Dès que le tronc s'avance, je vais chercher le cordon pour le dégager, et je n'y constate pas de pulsations. J'abaisse les bras l'un après l'autre; il ne restait plus à sortir que la tête. Quoique les membres fussent dans la résolution la plus complète, comme chez un enfant mort, je n'ai pas voulu faire de tractions vives sur le cou. J'ai préféré suivre

le précepte que je me suis imposé en pareil cas, c'est d'aller avec la main jusque derrière la tête fœtale pour la pousser d'arrière en avant, ce qui a été assez difficile, malgré la petitesse de l'enfant. Si cette tête était encore au détroit supérieur, j'aurais préféré la pression externe, mais au détroit inférieur, la chose n'était pas possible.

La tête une fois sortie, j'ai cherché encore mieux à déterminer s'il y avait des battements du cœur, mais les précordes, l'épigastre et le cou n'en ont offert aucune trace. La peau, du reste, est d'une pâleur mate uniforme, preuve que la mort date de plusieurs heures, peut-être même d'un ou deux jours. La résolution de tous les muscles me fait penser ici à la roideur cadavérique que je n'ai jamais constatée chez les morts-nés, n'importe l'époque de l'expulsion après leur mort, pas plus que je n'ai entendu parler à d'autres de cette roideur. Ce fait qu'on n'a pas expliqué, que je sache, dépend évidemment de ce que le refroidissement du fœtus, quoique mort, ne se fait jamais d'une manière absolue et surtout d'une manière prompte, dans l'utérus, quand même la mère aurait expiré avant d'accoucher.

L'enfant est ici un garçon dont le développement indique 8 mois, en effet (2,005 gr.), et je ne sais trop pourquoi le père dit que cet enfant a exactement 8 mois moins 8 jours.

Il est neuf heures et dix minutes. La question de la vie du fœtus étant jugée, je vais auprès de la mère, et quoique je la trouve rassurée au moral, je suis vivement frappé de voir que la dyspnée n'a pas diminué, malgré la déplétion de l'utérus. Je frictionne ce dernier organe, et, en tirant légèrement sur le cordon, j'emmène bientôt le délivre, sans qu'il y ait d'hémorrhagie.

Ce délivre offre de particulier : 1° que l'une des artères ombilicales semble faire l'axe du cordon, tant elle est droite ; l'autre artère, ainsi que la veine, gorgée de sang à cause de la ligature, forment des zig-zags autour de l'artère droite ; 2° le placenta est noir et ramolli dans toute son étendue, résultat évident de l'état du sang de la mère.

Pour ménager les forces de la femme, je lui fais donner à la fois du seigle ergoté, qui fera contracter l'utérus, du vin généreux avec du bouillon, et j'ouvre largement les

croisées, tout en couvrant bien la malade dans le lit de repos. On dirait qu'il y a un peu de mieux, mais mes espérances n'augmentent pas comme celles des assistants. Le pouls ne se relève pas et la dyspnée reste à peu près la même. Nous quittons la malade à dix heures et demie, après avoir averti la famille du danger qui menaçait.

En effet, à midi, la malade a expiré presque subitement, à l'étonnement des assistants, et sans avoir eu de mouvements convulsifs.

A deux heures après midi, je suis retourné auprès de cette femme, et je n'en ai plus retrouvé que le cadavre. Par le palper, j'ai senti que l'utérus était aussi rétracté que chez la femme la mieux portante, mais pour m'assurer encore mieux que l'hémorrhagie n'était pour rien dans cette mort, j'ai examiné les organes génitaux, sans trouver de caillots. J'ai aussi vidé la vessie, et comme il était facile de le prévoir; le liquide était excessivement chargé d'albumine.

Réflexion. Voilà, certes, un cas où l'albuminurie et l'hydrémie étaient des plus prononcées, et cependant il n'y a pas eu d'éclampsie. L'enfant n'en est pas moins mort des suites de l'état du sang maternel, et la femme n'en a pas moins succombé aux conséquences de cet état.

Quel a donc été le mécanisme de cette mort? Si la dyspnée avait été le seul résultat mécanique de la grossesse, l'accouchement aurait immédiatement rétabli la circulation et la respiration; mais il n'en était pas ainsi. Les râles sibilants que j'ai constaté dans les poumons, le peu de sonorité des régions supérieures et inférieures du thorax, et surtout la persistance de la dyspnée après l'accouchement, démontrent que cette mort est venue de l'infiltration séreuse du poumon qui a asphyxié la malade, infiltration qui a pu être sans doute provoquée par la grossesse et par la maladie du cœur, mais qui a été augmentée assurément par les cris et les efforts d'un travail long et pénible.

Il est clair que si cette femme, avant d'être en mal d'enfant, avait été soumise aux purgatifs, aux diurétiques et aux sudorifiques, l'hydrhémie aurait été moindre. Enfin, si, au lieu de suivre l'expectation pendant plus de 48 heures, on était intervenu promptement, comme je l'ai fait, peut-

être on aurait pu sauver cette femme, peut-être même on aurait pu avoir un enfant vivant.

OBSERVATION CCLXXXIII.

Primipare. — Menstruation tardive et irrégulière. — Faiblesse de la constitution. — Bassin vicié par rachitisme et par étroitesse absolue. — Influence heureuse du mariage, action tonique de la résorption du sperme. — Grossesse commençant après la variole. — Constipation alternant avec une diarrhée opiniâtre. — Diminution de volume de l'utérus gravide. — Faux travail à huit mois et demi. — Accouchement à la 9e époque cataméniale. — Changement spontané d'une deuxième position en une première. Une contraction utérine forte alternant avec une faible. — Diagnostic différentiel entre la poche des eaux et la bosse séro-sanguine. — Particularités du col utérin, rôle de l'engagement fœtal sur sa dilatation. — Inclinaison du bassin contrariant sa mensuration. — 7 centimètres 1/2 dans le diamètre antéro-postérieur. — Léniceps. — Rotation postérieure de la tête. — Naissance d'une fille grêle, mais vivante. — La chemise en caoutchouc de l'instrument ne met pas toujours à l'abri des contusions fœtales, mais elle en diminue la gravité. — L'entérite peut précéder, accompagner et suivre l'accouchement sans de graves accidents. — Rétablissement de la femme sans qu'il y ait eu de sécrétion laiteuse.

Mme D., native du département de la Sarthe, qu'elle a habité jusqu'à l'âge de vingt-six ans, est à Paris, rue de la Verrerie, depuis un an. C'est une piqueuse de bottines âgée de vingt-sept ans, de taille petite, d'un tempérament nerveux et d'une constitution sèche mais ordinairement saine. Elle n'a eu que la fièvre typhoïde à l'âge de vingt ans.

Réglée tardivement (dix-huit ans), quoiqu'elle ne fût pas malade, elle a continué de voir par la suite, mais irrégulièrement. Une sœur qu'elle avait a été menstruée aussi tardivement et après avoir eu une tumeur blanche au genou a succombé à la phthisie. Une autre sœur et deux frères, au contraire, se portent assez bien.

Mariée le 26 janvier 1861, elle s'est mieux portée. Elle n'avait pas eu ses règles depuis cinq mois, ce qui lui était arrivé même avant ce moment, tandis qu'après le mariage, ses menstrues sont arrivées régulièrement tous les mois, pendant cinq jours chaque fois.

Ce fait est la confirmation d'une vérité acquise pour moi, c'est que, soit chez l'homme, soit chez la femme, le sperme peut être résorbé ; et porté dans le torrent circulatoire, il est un des plus grands toniques.

Les règles ont apparu pour la dernière fois du 11 au 15 juin 1861, et pendant que Mme D. sortait d'une éruption variolеuse, mais cette fois c'était pour une grossesse. Dès les derniers jours de juin et les premiers jours de juillet il y a eu déjà des nausées et même des vomissements. Par la suite, ces indispositions n'ont pas été plus prononcées, mais ce qui a tourmenté la malade pendant presque tout le temps de la grossesse, a été une diarrhée pertinace alternant avec une constipation non moins incommode, et après la fin de décembre, la diarrhée n'a plus quitté cette femme. Il y avait quelquefois jusqu'à quinze et vingt selles par jour, ce qui affaiblissait considérablement la malade, et les coliques qui accompagnaient ces évacuations ont fait croire plus d'une fois à l'approche de l'accouchement. Quelques autres symptômes ont paru aussi pendant ce temps, tels que la stomatite, des douleurs intercostales, ainsi que d'autres indispositions, mais ce qui a le plus frappé la malade est la vue de son ventre qui baissait au lieu de grossir à mesure qu'on avançait vers la fin de la grossesse.

Ce fait ne m'étonne nullement, sachant que là où existent de fortes sécrétions, il n'est pas rare que le liquide amniotique fasse défaut, sachant surtout que le fœtus consomme ce liquide tant qu'il est vivant, et le fœtus ici avait fait sentir ses mouvements dès les premiers jours de septembre 1861.

On avait essayé déjà divers médicaments, et les voyant sans succès, on m'appelle le 23 février 1862 auprès de cette femme. Je la trouve en effet maigre et fatiguée ; son utérus ne dépasse le nombril que de trois doigts, comme si elle était à sept mois et demi, tandis que, d'après le compte des règles, la grossesse aurait un mois de plus. L'enfant, que par le palper je trouve en seconde position du vertex (O. J. D. P.), est aussi fort petit pour une grossesse qui devrait approcher du terme. Je ne trouve rien d'apparent dans la poitrine, mais je crois que cette femme porte des tubercules qui sont la cause de la diarrhée. J'ordonne du sous-nitrate de bismuth,

et les selles diminuent aussitôt, si bien que le 24, cette dame est allée à la campagne, mais en rentrant le soir, soit par suite de la marche en chemin de fer et en voiture, soit pour d'autres causes le fait est que le soir même il y a des symptômes de travail.

Appelé à 7 heures, je trouve qu'il y a en effet des contractions utérines, arrivant tantôt à 5 ou 6 minutes, tantôt à une demi-heure d'intervalle. Comme la grossesse n'est pas à terme, je fais promener des synapismes sur les bras et je fais prendre un quart de lavement laudanisé pour suspendre le travail ; mais loin de là, les contractions se régularisent et se rapprochent, au moins pendant quelque temps.

Je pratique le toucher vaginal avant comme après ces douleurs, et ne trouvant ni effacement ni dilatation du col, je déclare qu'il s'agit d'un faux travail et je quitte la malade deux heures après minuit.

La journée du 25 ayant offert des selles fréquentes, j'ai ordonné des lavements amilacés et laudanisés, ce qui a un peu arrêté la diarrhée ; mais le soir ont encore apparu les douleurs utérines, et cette fois on ne m'a pas appelé ; c'est seulement le 10 mars 1862, c'est-à-dire à la neuvième époque cataméniale, que le vrai travail s'est annoncé par quelques mouches, et le 11 au soir il s'est franchement déclaré par des douleurs vives qui ont été bientôt suivies de la perte des eaux (8 heures). On m'appelle à 9 heures 1/2 auprès de la malade. A mon arrivée, je trouve que les douleurs sont à sept minutes d'intervalle et qu'il y a une contraction utérine forte et l'autre faible. Le fœtus, cette fois, est trouvé par le palper en première position (O. J. G. A.), tandis que quinze jours auparavant il était en seconde position. Ces faits, du reste, sont plus fréquents qu'on ne le pense, surtout au terme de la grossesse et même au début du travail.

Les contractions se suivent en se rapporchant un peu jusqu'à deux heures après minuit ; cependant le col qui, à mon arrivée, était à peine entr'ouvert, n'offre à deux heures qu'une dilatation de deux centimètres de diamètre, et la tête fœtale ne descend pas encore tout à fait dans l'excavation. J'attends jusqu'à 3 heures 1/2, et en pratiquant cette fois le toucher vaginal, je constate la présence d'une poche à travers l'orifice

utérin. Est-ce la bosse séro-sanguine développée sur la tête fœtale, ou bien s'agit-il des membranes non encore percées malgré l'écoulement des eaux? La chose n'est pas toujours aisée à décider, au moins de prime-abord, ce fait le prouve après tant d'autres. En promenant la pulpe du doigt sur l'enveloppe de la poche, je ne la trouve ni assez lisse pour croire à des membranes, ni assez rugueuse pour croire au cuir chevelu, lequel, du reste, une fois enduit par la matière sébacée, donne facilement le change. Quant à aller saisir les cheveux, la chose était impossible, la tête étant trop élevée. La sortie antérieure du liquide n'était pas non plus décisive, car ce pouvaient être de fausses eaux. Je me suis donc appliqué à chercher le diagnostic dans la nature même de cette poche, examinée pendant et après la contraction utérine. Lorsque l'utérus n'est pas en contraction, on trouve ici la poche assez flasque pour qu'en pressant l'enveloppe on sente qu'un liquide la sépare de la boîte crânienne, et cette enveloppe glisse facilement sur les os. Ces caractères étaient ceux des membranes de l'œuf, mais voici maintenant la preuve contraire.

Lorsque la contraction arrivait, la poche conservait à peu près la même mollesse. Cette mollesse, pendant la contraction, peut se produire aussi avec les membranes intactes lorsque la tête, descendue à frottement, a isolé la poche vaginale du reste du sac amniotique; mais alors on n'a qu'à soulever cette tête à l'approche de la contraction, et les deux cavités communiquant entre elles, la tension se fait sentir aussitôt. C'est ce que j'ai essayé d'obtenir ici, mais sans que la poche se soit tendue, preuve évidente que j'avais affaire à une bosse séro-sanguine et non à des membranes intactes. Du reste, si le doute existait encore, je n'aurais eu qu'à tâcher de diviser l'enveloppe avec l'ongle. Les membranes, si dures qu'elles soient, résistent rarement à cette manœuvre, tandis qu'on ne peut pas diviser ainsi le cuir chevelu, à moins d'avoir affaire à des tissus ramollis par la mort antérieure de l'enfant. Ici le cas n'était pas admissible, puisque l'auscultation permettait de constater les bruits cardiaques du fœtus.

La présence d'une bosse séro-sanguine sur la tête fœtale dans un cas où l'engagement était peu prononcé et où la dilatation du col était encore peu de chose, dénotait déjà un

travail difficile. Devais-je attendre encore, après huit heures d'expectation? D'autres l'auraient fait assurément, mais il est démontré pour moi que dans ces cas, la dilatation ne se complète pas si l'engagement n'a pas lieu. A 4 heures 1/2 je commence à aider la dilatation en agissant sur le col avec la pulpe du doigt, et au bout d'une demi-heure la dilatation est presque complète; de plus, les contractions utérines sont plus énergiques, la femme les aide par des efforts volontaires, mais l'engagement de la tête reste le même. La bosse séro-sanguine augmentant seule tromperait volontiers pour un engagement plus prononcé de la tête tout entière dans l'excavation. La présence d'autres obstacles étant écartée il ne pouvait rester qu'un rétrécissement pelvien pour arrêter cette tête, car le fœtus lui-même n'était pas gros sous l'exploration du palper abdominal : aussi à 5 heures 1/4 je fais placer la malade en travers du lit et j'applique le léniceps.

L'instrument une fois placé, je commence les tractions pendant la contraction utérine, et j'éprouve une vive résistance. Il est vrai que la femme est petite, mais elle ne porte sur les jambes aucune trace appréciable de rachitisme. Le développement de la bosse sanguine m'empêche d'explorer convenablement le bassin, et il m'est impossible d'arriver au promontoire avec les doigts explorateurs. A force de répéter les tractions, j'ai pu cependant faire descendre la tête dans l'excavation. Ici le bord antérieur du col utérin pincé sous l'arcade se gonflait et opposait obstacle; il m'a fallu le relever avec la main gauche pendant que je tirais avec la droite. On aurait dit que tout allait être bientôt fini, mais le détroit inférieur du bassin devait opposer de nouveaux obstacles. En effet, mes tractions retrouvent ici autant de résistance que tantôt, et si je veux glisser un doigt entre la tête et le détroit, la chose est impossible, tant l'ajustement est exact.

Sans employer une violence excessive, je n'en ai pas moins répété les tractions, et un peu d'aide venu du côté de l'allongement de la tête, un peu du côté de l'écartement des ischions, le crâne a paru enfin à la vulve.

Ici j'ai retiré l'instrument, et chose que je n'avais pas pu prévoir, à cause de la forte bosse sanguine qui masquait les sutures et les fontanelles, c'est que dans les difficultés de la

progression, cette tête s'était tournée l'occiput en arrière. Cette rotation avait naturellement ajouté aux difficultés ; la sortie de cette tête cependant a pu se faire lentement par la flexion artificielle, sans qu'il y ait eu déchirure de la fourchette. Je n'ai eu qu'à faire de petites tractions sur les aisselles pour extraire le tronc. Il est 6 heures..

L'enfant est une fille si petite qu'on ne la dirait pas à terme (2,010 gram.) ; elle fait quelques mouvements du thorax sans respirer convenablement. Sa tête surtout offre un allongement considérable, et la face bouffie offre des ecchymoses sur le front, le nez, la joue gauche et la lèvre supérieure. Le léniceps, quoique recouvert de la chemise en caoutchouc, avait été peut-être cause de ces ecchymoses ; mais combien n'aurait pas été grave la lésion avec tant de tractions, si je n'avais pas pris cette précaution? Ces lésions, du reste, étaient peu importantes, et avec quelques excitations, l'enfant a fini par bien respirer.

Peu de minutes après, j'ai extrait le délivre moyennant de légères tractions, et j'ai trouvé un placenta sain. Profitant du relâchement des tissus, j'ai alors voulu m'assurer de la conformation du bassin, et voici ce que j'ai trouvé :

Le détroit inférieur est étroit au point d'arrêter le medius et l'index écartés entre les ischions. Quand je glisse ces doigts derrière les pubis, je sens que ces os font un peu saillie en dedans, et surtout que le bord supérieur de la symphyse pubienne est plus en arrière que l'arcade. Du côté du sacrum, au contraire, il me faut aller très-loin pour atteindre la concavité de cet os, et en suivant cette concavité jusqu'au promontoire, je trouve cette dernière saillie haut et fort en avant. Ainsi le bassin est ici fortement incliné, et quoiqu'il soit évidemment rétréci dans toutes ses dimensions, il y a aussi quelques traces de rachitisme. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure à peine sept centimètres et demi une fois la déduction faite pour l'obliquité.

Après avoir serré le ventre avec un bandage et avoir administré deux grammes de seigle ergoté, je quitte la malade à 7 heures du matin, le 12.

Le reste de la journée s'est bien passé pour la mère, et l'en-

fant a bien avalé du lait coupé. Dans la nuit suivante, la mère a six selles liquides sans beaucoup de coliques.

Le 13 je trouve l'enfant en bon état; les petites contusions de la face sont moins apparentes ; l'œil gauche est un peu gonflé, mais en écartant les paupières je trouve que le globe oculaire est sain; j'ordonne quelques émollients. Malheureusement on emporte cette enfant à la campagne pour la mettre au sein d'une nourrice. Avant de la laisser partir et lorsque les déformations du travail étaient effacées, j'ai voulu m'assurer des dimensions de cette enfant, les voici : longueur totale, 0,45 centimètres; — diam. occip. ment., 0,13; — diam. occip. front., 0,11; — diam. sous-occip. front et trachéolo-bregm., 0,10; — diam. bi-pariétal, 0,09.

La mère, d'après mon ordre, a pris 3 grammes de sous-nitrate de bismuth et des potages farineux, ce qui a fait diminuer la diarrhée. Le 14, cette femme a le pouls à 100 avec un peu de sensibilité abdominale; mais je ne m'y arrête pas, attendu que l'utérus est bien rétracté. En effet, les jours suivants, la malade, avec le même régime, va de mieux en mieux, sans que les seins se gonflent. La diarrhée a seulement repris de temps à autre. Tout porte à croire que cette diarrhée tient à des ulcérations tuberculeuses de l'intestin qui ont persisté tout le temps sans cependant contrarier le travail de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites.

Je ne sais pas ce qu'est devenue Mme D. depuis cet accouchement; je sais seulement que son enfant est morte trois semaines après la naissance.

OBSERVATION CCLXXXIV.

Multipare. — Constitution maladive. — Trois grossesses antérieures plus ou moins malheureuses. — Effets de la variole sur la femme gravide. — A quoi conduit un défaut de diagnostic. — Difficultés des moyens abortifs. — Quatrième grossesse. — Les malaises commençant à la première époque cataméniale. — Influence sur la grossesse de l'état général et des maladies de l'utérus. — Mort de l'embryon, longtemps avant son expulsion. — La vie, jusqu'à un certain point, indépendante entre l'embryon et les annexes. — Diagnostic délicat d'une grossesse commençante, lorsque le volume utérin n'est pas en rapport avec l'âge

de cette grossesse. — Fausse couche à deux mois. — L'orage peut-il faire avorter? — Confusion entre les avortements menaçants et les avortements irréparables. — Anatomie pathologique de l'œuf expulsé. — Elle prouve la difficulté de décrire l'état physiologique de l'œuf dans l'espèce humaine. — Causes probables de la mort de cet embryon. Les seins gonflent comme après un accouchement à terme. — Fièvre intermittente tierce. — Résultat probable d'une légère résorption. — Prompte guérison avec le sulfate de quinine. — Retour de couche anormal, sa signification.

Mme D..., native de la Champagne, et habitant Paris depuis vingt-cinq ans, cloître Saint-Honoré, est une couturière âgée de trente-huit ans, de taille moyenne, d'une constitution maladive et d'un tempérament lymphatico-sanguin.

Réglée dès l'âge de onze ans, elle a continué de voir tous les mois à jour fixe. Les règles duraient huit jours lorsque cette femme était demoiselle ; elles ont diminué d'un à deux jours par mois, après son mariage qui a eu lieu en 1846.

La première grossesse n'a rien offert de particulier, si ce n'est les nausées, mais elle s'est terminée à sept mois par la naissance d'un garçon qui a vécu quinze jours. Le travail de l'accouchement et ses suites n'ont rien offert qui mérite d'être noté.

Après sept ans de vacuité, a commencé la deuxième grossesse, plus maladive que la précédente. Le médecin de Mme D... ne la croyant pas enceinte, lui a administré des vomitifs, des purgatifs, des bains; il lui a même fait des saignées et cautérisé le col utérin, sans qu'il soit résulté d'avortement. A trois mois, Mme D... ayant été prise de la variole, a été très-malade, et c'est à cinq mois seulement qu'elle a accouché d'un enfant mort.

Trois mois à peine s'étaient écoulés après cet avortement, lorsqu'a commencé la troisième grossesse. Celle-ci a été meilleure que les précédentes, et l'accouchement s'est fait à terme par la naissance d'un garçon qui a vécu treize jours. Après cet accouchement, comme après les autres, Mme D... n'a pas eu d'accidents graves; la santé, cependant, ne revenait pas complétement.

Ce qui l'a toujours plus ou moins tourmentée, est une faiblesse générale avec tournoiements de tête, des spasmes ner-

veux et surtout des douleurs au bas-ventre. Elle n'a jamais eu de pertes blanches, mais un médecin lui a dit qu'elle portait un abaissement de matrice. Elle était si constipée qu'elle restait huit, dix, douze jours sans avoir d'évacuations alvines.

Elle a suivi plusieurs traitements, et enfin elle avait fini par reprendre de la santé lorsqu'après sept ans de vacuité, est survenue la présente grossesse qui est la quatrième.

Les dernières règles ont paru du 28 décembre 1861 au 2 janvier suivant, et c'est précisément à l'époque de février, qu'au lieu de voir le sang reparaître, Mme D... s'est trouvée indisposée. Vomissements glaireux, défaillances, selles bilieuses, douleurs du bas-ventre, etc. Ces malaises arrivant dès la disparition des règles, ont naturellement fait penser à la grossesse, et loin d'aller en diminuant, ils ont augmenté à mesure que Mme D. s'est rapprochée de la deuxième époque cataméniale (fin février).

Cette époque une fois passée, les malaises ont cessé tout à coup, sans que la malade ait rien fait, et elle jouissait de ce bien-être, lorsque le 10 mars elle a vu reparaître du sang par la vulve. La nuit suivante, le sang a augmenté, et les coliques n'ont pas tardé à arriver. On m'appelle à huit heures et demie du matin, le 11 mars, et voici ce que je trouve.

Je sens, par le palper, que l'utérus dépasse le niveau du pubis d'un travers de doigt, ce qui, quoi qu'on en ait dit, ne serait pas assez pour une grossesse de deux mois révolus. Je pratique le toucher vaginal et trouve la matrice basse, dure. Le col est dirigé en bas et en arrière. Je fais ballotter l'utérus entre la main intérieure et la main extérieure, ce qui me permet de constater son volume plus fort qu'à l'état normal, mais non aussi fort qu'à deux mois révolus. Le col n'est encore ni dilaté ni ramolli, mais tout porte à croire qu'un avortement va se faire. En effet, malgré le repos dans lequel j'ai fait placer la malade, malgré les synapismes au bras et les quarts de lavements laudanisés, le travail a continué, et à huit heures du soir, je constate l'engagement de l'œuf dans le col. Je laisse les choses marcher, et je fais une ordonnance pour faire prendre du seigle ergoté qu'on administrera dans le cas de perte abondante, ce qui n'a pas eu lieu.

Le 12, je trouve la malade en assez bon état; le toucher

sent cependant que l'œuf n'est pas assez engagé à travers l'orifice externe du col pour que je puisse le saisir. Aussi je me contente de faire faire quelques injections vaginales et j'attends. Le 13, je sens bien que l'œuf est plus avancé qu'hier, sans être cependant saisissable. En promenant les doigts sur la surface libre de la tumeur, je la sens dure et bosselée, ce qui la rapprocherait encore plus d'un corps fibreux que d'un œuf fécondé.

A quatre heures et demie de l'après-midi, éclate un orage, et pendant la frayeur même du tonnerre, Mme D... rejette l'œuf au dehors. Il paraît, du reste, que cette femme a une grande frayeur des éclairs et du tonnerre, si bien qu'elle attribue à une frayeur pareille des jours précédents le détachement de l'œuf, et la sortie de ce dernier pendant la secousse de l'orage, la confirme dans cette idée.

Appelé aussitôt auprès de la malade, je la trouve en bon état ; tout l'œuf est sorti en bloc, et le col se referme sans qu'il y ait de perte. J'emporte cet œuf chez moi pour le mieux examiner, et voici ce que je trouve en le disséquant avec soin et en le lavant dans plusieurs eaux.

Sa forme extérieure est celle d'un œuf de dinde dont le petit bout se termine presque en pointe. Le mécanisme des fausses couches prouve que cette pointe est la partie qui s'est détachée la dernière, et par conséquent celle qui tenait le plus. La même raison fait dire que là aussi se trouve l'adhérence placentaire; c'est le pédicule ou le hile de l'œuf.

Considéré dans son ensemble, cet œuf mesure 8 centimètres et demi dans son plus grand diamètre, et 5 centimètres dans le plus petit. Non loin de la pointe, se trouvent deux lambeaux flottants, un de chaque côté, lesquels, par leur surface externe chagrinée et leur surface interne lisse mamelonnée et pointillée, indiquent qu'ils sont formés par la caduque pariétale. Le côté à l'aide duquel ces deux lambeaux tiennent encore à l'œuf, montre le point de séparation entre la caduque utérine et la caduque ovulaire ou reflexe.

Pendant son engagement à travers le col, cet œuf s'est assez déformé, et les sucs qu'il contenait se sont assez déplacés pour qu'il ne faille pas s'arêter aux teintes extérieures qu'il offre en ce moment ; aussi je procède à la division de

cet œuf couche par couche. Je vais, dans la description, procéder des couches les plus profondes aux plus superficielles.

Le centre ou noyau de l'œuf est constitué par une petite vessie ayant 3 centimètres dans son plus grand diamètre. Cette vessie, formée d'une membrane fine et transparente, est libre partout, si ce n'est par un bout à l'aide duquel elle adhère à la partie la plus effilée de l'œuf ou pédicule. Cette vessie est remplie d'un liquide transparent au milieu duquel flotte un petit corps blanc jaunâtre pas plus grand qu'un grain de millet. Ce corps tient aussi à la paroi adhérente de la vésicule par un cordon mince et transparent. Evidemment il faut considérer le corps flottant comme le rudiment embryonnaire encore suspendu à l'aide du cordon ombilical dans le sac amniotique. La loupe à l'aide de laquelle j'ai examiné le petit corps, a permis d'y reconnaître des infractuosités, mais qui ne sont pas bien prononcées, preuve évidente que ce germe étant mort dès les premiers jours de la fécondation, il s'est déformé par la suite.

Autour de la petite vessie, et surtout vers le point opposé à la pointe de l'œuf, règne un espace assez considérable rempli de sérosité trouble. Cet espace est limité au dehors par une membrane plus épaisse et plus opaque que celle de la vessie amniotique. C'est évidemment le chorion, et le vide qui sépare cette membrane de la précédente est l'espace amnio-chorial. Autant ces deux membranes sont éloignées dans le reste de l'œuf, autant elles adhèrent ensemble au point commun qui correspond au pédicule de l'œuf.

La seconde membrane ou chorion, est doublée à l'extérieur par une enveloppe épaisse, dont on peut cependant la séparer partout, si ce n'est au point d'adhérence commune correpondant au pédicule de l'œuf. Cette enveloppe extérieure offre, sur quelques points, plus d'un centimètre d'épaisseur, et elle offre encore 3 à 4 millimètres sur les points où elle est la plus mince. Sa texture est compacte et d'un blanc jaunâtre ; c'est évidemment la caduque ovulaire excessivement épaissie, plus épaissie que les lambeaux de la caduque utérine avec laquelle elle se confond près du pédicule.

Voilà donc un œuf dont l'embryon est mort dès les premiers jours de la fécondation, sans que pour cela la gros-

sesse ait cessé, bien plus, sans que les annexes de l'embryon, la caduque ovulaire surtout, ainsi que le chorion, et même sans que l'amnios aient cessé de se développer, au point surtout où tous ces organes se réunissent pour former le placenta. Ce développement a eu cependant un terme assez court, et nous voyons la fausse couche se produire après deux mois. C'est précisément parce que ce développement n'était pas aussi prononcé que si l'embryon était vivant, que l'utérus n'avait pas atteint le volume ordinaire de deux mois, chose dont il faut tenir compte quand on porte le diagnostic de l'âge de la grossesse par le palper abdominal combiné avec le toucher vaginal.

Une particularité mérite d'être relevée ici : c'est la cessation brusque de tous les malaises, qui a précédé de quelques jours l'expulsion de l'œuf. On aurait compris cette sensation si elle correspondait avec la mort de l'embryon ; mais cette mort datait de bien plus loin. Correspondrait-elle au moins avec le décollement de l'œuf, et par conséquent avec la cessation de la vie précaire des annexes de cet embryon? La chose est possible. Cependant, l'apparition du sang et les contractions utérines sont arrivées quelques jours plus tard. Une dernière remarque à faire ici, c'est que cet avortement n'était pas de ceux qu'on puisse conjurer, mais de ceux qui sont inévitables et qu'il faudrait même hâter, si on pouvait savoir que la mort de l'embryon a déjà eu lieu. J'arrive maintenant à la mère.

Le 14, Mme D... est assez bien ; il y a eu un peu de céphalalgie sans fièvre, au moins avant ma visite ; mais il paraît qu'après, la malade a été prise de frissons, suivis de chaleur légère, et cette fièvre se serait prolongée le 15. Comme on ne m'a rien fait dire, je n'ai revu la malade que le 16, et je la trouve tout à fait apyrétique. L'utérus est si petit que je ne puis pas le distinguer par le palper. Quoiqu'il se soit agi d'un avortement de deux mois, les seins paraissent s'être gonflés dès le 14, et ils auraient été même douloureux le 15. Je les trouve cependant le 16 assez flasques.

Dans la matinée du 17, la malade est bien ; mais dans l'après-midi et à l'heure même des jours précédents, elle a encore de la céphalalgie et de la fièvre. La malade a surtout

remarqué que ce malaise arrive un jour oui et l'autre non.

A ma visite du 18, elle me raconte avec précision ce qui vient d'arriver, et que je rapporte à une légère résorption venant de l'utérus; aussi j'ordonne deux pilules par jour, composées chacune de 10 centigrammes de sulfate de quinine et autant d'extrait de quinquina.

Ces pilules répétées les jours suivants ont conjuré le redoublement fébrile, et le 20, je vois la malade pour la dernière fois; elle est bien.

Trois semaines après cette fausse couche, le sang a reparu et a duré douze jours; mais comme la malade paraissait être soulagée de cette perte, on ne m'a rien fait dire. L'écoulement avait cessé le 11 avril, il reprend le 10 mai pour continuer jusqu'au 15, d'après ce que m'a dit le mari; mais ne s'en trouvant pas mal, la malade ne veut rien faire, de sorte que je ne sais pas ce qui est arrivé par la suite.

Remarques. — Quelle a été ici la cause des accidents pendant les diverses grossesses ou après? On ne peut guère l'attribuer au mari de cette femme qui est sain et robuste. Il m'assure, du reste, n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. L'état général de la femme pourrait expliquer ces accidents jusqu'à un certain point; mais on peut dire que la matrice était évidemment la cause principale de ces grossesses malheureuses. Peut-être un examen approfondi et d'autres suites auraient pu dévoiler cette cause; mais dans les grandes villes, on perd facilement de vue les malades, et les observations restent ainsi fort incomplètes. Ce dont je suis sûr cependant, est que si la secousse de la foudre peut causer des avortements quand elle tombe près de la femme, comme elle les cause chez les animaux eux-mêmes, si le temps d'orage, par la tension électrique de l'air, peut réveiller les contractions utérines, je n'attribue pas l'avortement ici à la frayeur du tonnerre, comme le faisait la malade. La secousse, tout au plus, a pu faire sortir au dehors un œuf qui avait presque entièrement franchi le col, ou qui était peut-être déjà tombé dans le vagin.

Quant à l'œuf lui-même, c'était un œuf malade et tellement différent d'un œuf de deux mois révolus, qu'il était impossible d'en déterminer l'âge, et même difficile d'en déter-

miner les éléments. C'est malheureusement ce qui arrive souvent dans l'espèce humaine ; aussi ceux qui ont étudié l'embryologie d'après les fausses couches, se sont-ils exposés à des mécomptes. Ainsi, dans le cas actuel, on se tromperait fort si on prenait l'épaisseur de la caduque ovulaire ou réflexe pour l'état normal. Cette épaisseur est tellement exagérée, que peut-être elle a été la cause de la mort de l'embryon.

OBSERVATION CCLXXXV.

Multipare. — Action singulière de la grossesse sur les sympathies et les antipathies de la femme. — Mouvements fœtaux lents et éloignés, ou non perçus par la mère. — Sensations insolites, toux réflexe. — Influence d'un bassin très-spacieux sur la grossesse et l'accouchement. — Signes rationnels de la présentation et de la position de l'enfant confirmés par le palper. — Grossesse prolongée, ses causes. — Accouchement prompt. — Naissance d'une fille, erreur de l'auscultation sur le sexe. — Différence entre un enfant qui ne pleure pas en naissant et celui qui ne peut pas pleurer. — La poche amnio-choriale. — Soins de l'accouchement sans avoir besoin de découvrir la malade. — Tranchées. — Volume de l'utérus après la délivrance et pendant les suites de couches. — Constipation des accouchées. — Particularités de l'enfant et de la nourrice. — Accidents de la vaccination. — Rétablissement de la mère sans fièvre, mais avec des névralgies. — Les résorptions faibles et le sulfate de quinine. — Retour de couches au bout d'un mois.

Madame F..., depuis sa couche (v. observ. CCXVI), s'était bientôt rétablie, et ses règles étaient revenues lorsqu'elle a rejoint son mari à la campagne, et là, elle a revu ses menstrues pour la dernière fois, du 5 au 8 juin 1861. De ce moment a daté le commencement de la présente grossesse, qui est la deuxième.

Tout s'est mieux passé qu'à la grossesse précédente ; seulement il y a eu ici, dès le premier mois, une singularité qui a frappé Madame F... Elle avait une robe de soie couleur marron, qu'elle mettait avec beaucoup de plaisir, et depuis le commencement de cette grossesse, cette robe lui est tellement venue en horreur qu'elle ne pouvait plus la voir. Comme on lui avait dit qu'il ne fallait pas s'arrêter aux bizar-

reries d'une grossesse, elle s'est fait violence en endossant cette robe, et dès qu'elle l'a eue sur elle, elle s'est sentie de plus en plus mal a l'aise, jusqu'à ce qu'elle ait vomi, chose qui n'avait pas eu lieu jusque-là.

Attribuant ce vomissement à son état de grossesse, et persistant dans l'opinion qu'il ne fallait pas s'arrêter aux antipathies de ce genre, elle endossa quelques jours après cette même robe pour aller faire des visites, et les vomissements reprirent pour ne cesser que lorsqu'elle eut déposé ce vêtement. Enfin, un autre jour, elle raconte ce fait à une de ses amies, qui ne croit pas à la chose, et, à titre de curiosité, elles en font l'essai ensemble; mais Madame F... n'avait pas fini de faire sa toilette en mettant cette robe, que les vomissements reprennent pour continuer jusqu'à ce qu'elle l'ait ôtée. Depuis ce moment, la robe marron est devenue odieuse pour cette dame.

Quelques autres particularités ont accompagné cette grossesse. Ainsi, Madame F... reste trois et quatre jours sans sentir les mouvements de son enfant ; la chose, cependant, est peu surprenante ici, puisque, dans la première gestation, les mouvements fœtaux étaient encore plus éloignés. A quoi peut-on attribuer ce fait ? Il faut ici distinguer le mouvement fœtal de la perception maternelle. Ainsi, je suis persuadé que l'embryon se meut avant quatre mois révolus, et si la mère n'en a pas conscience, c'est que ces mouvements ne portent pas sur les parois utérines, ou que ces parois sont peu sensibles. La chose est moins difficile à expliquer à un âge plus avancé de la grossesse, et surtout vers la fin, comme cela avait lieu ici. Le défaut de perception paraît devoir être plus facilement attribué alors au défaut de mouvements, et comme le premier enfant a offert une méningite mortelle peu de temps après la naissance, on pouvait croire que le second enfant ne se mouvait pas vivement, parce qu'il n'était pas sain.

Dans les derniers jours de décembre 1861, Madame F... se rend à Paris pour y faire ses couches, et m'ayant parlé de cet éloignement des mouvements fœtaux, j'ai voulu m'en assurer moi-même en maintenant pendant plusieurs minutes une main sur le point correspondant aux pieds, pendant qu'avec

l'autre je stimulais le tronc fœtal à travers les parois abdominales. Ce moyen m'a permis de percevoir des mouvements sans que Madame F... en ait eu conscience, preuve évidente qu'il ne faut pas toujours s'en rapporter à la femme pour déclarer qu'il y a ou non des mouvements fœtaux.

D'après l'époque de la dernière apparition des règles, Madame F... serait grosse de près de sept mois. Cependant, le ventre est assez développé pour faire craindre qu'il n'y ait deux enfants, chose que ne confirme pas le palper abdominal. La malade se plaint de crampes aux jambes, de difficultés pour s'asseoir, et lorsqu'elle marche, elle a la sensation d'un poids qui voudrait s'échapper par les organes génitaux. Si, par l'accouchement précédent, je n'avais pas eu occasion de m'assurer de l'état spacieux du bassin de cette dame, ces seuls symptômes auraient suffi à indiquer un excès d'amplitude, et le palper a trouvé en effet que la tête fœtale plongeait déjà dans l'excavation. Le 26 janvier 1862, cette dame fait une promenade un peu longue à pied, et aux sensations précédentes s'est ajouté un gonflement subit des jambes. Son enfant, cette fois, en a été souffrant et la matrice plus sensible ; car il y a eu beaucoup de mouvements perçus en haut et au milieu du ventre. Cet enfant se tient en deuxième position du vertex (O. J. D. P.), et son cœur bat 130 fois par minute, ce qui semblerait indiquer un garçon. L'utérus n'est ni si tendu, ni si douloureux qu'à la première grossesse, mais développé un peu plus qu'il ne devrait être.

Dans les derniers jours de janvier, survient un coryza suivi de toux très-violente, et à chaque effort, il y a une douleur vive dans le coccyx. Le 21 février, je vais voir Madame F.., et je la trouve soulagée subitement de toutes ses indispositions, soit du bas-ventre, soit de la toux elle-même. Je palpe le ventre, et cette fois je trouve que la tête fœtale, loin d'être dans l'excavation, est maintenant au niveau du détroit supérieur. Elle ne presse plus, par conséquent, sur le plancher du bassin ; aussi la marche est tout à fait aisée; il n'y a plus ni pesanteur, ni douleur coccyxienne, tandis que tout cela existait encore les jours précédents.

On s'attend à voir arriver l'accouchement dans les premiers jours de mars, et les 7 et 8, il y a en effet des menaces ; mais

c'est seulement le 21 que les mouches commencent, c'est-à-dire à la demi-époque cataméniale, entre le neuvième et le dixième mois.

On m'appelle à neuf heures et demie du matin, et je trouve la malade debout, mais tellement impatiente, qu'elle défend de parler à sa mère et à son mari. Les contractions utérines sont à cinq minutes d'intervalle, et si peu douloureuses que la malade ne croit pas encore devoir se coucher. Sachant que dans les bassins très-spacieux les choses vont vite, j'exige que Madame F... se couche à neuf heures trois quarts; et en pratiquant le toucher, je trouve la dilatation du col complète; la poche des eaux est, en même temps que la tête, sur le plancher; aussi, à la première contraction, je déchire les membranes, et le fœtus s'avance en quelques minutes. L'occiput, après la sortie de la tête, s'est tourné à gauche, comme s'il s'agissait d'une première position au lieu d'une deuxième; j'accroche les aisselles qui tardent à venir, et j'extrais l'enfant (10 heures.)

C'est une grosse fille (4,035 grammes) qui respire tranquillement sans pleurer, si bien que la mère la croit morte; mais elle ne pleure pas, parce qu'elle n'a pas souffert. La forme de la tête, cependant, est allongée en pain de sucre, sans offrir de bosse sanguine. Le séjour prolongé de cette tête dans le bassin pendant la grossesse, a évidemment été cause de ce résultat; car le travail n'avait pas duré une demi-heure, tout compris.

La délivrance a été faite dix minutes après, moyennant de petites tractions sur le cordon. Placenta énorme et sain; l'amnios est décollé du chorion dans presque toute son étendue. Tous les temps de l'accouchement ont été accomplis sans nullement découvrir la malade; et les personnes présentes, la religieuse qui servait de garde surtout, voulaient lever à chaque instant les couvertures, chose que je n'ai pas voulu, parce qu'elle n'était pas nécessaire. Les femmes, surtout quand elles ne sont pas épuisées par la souffrance, savent toujours gré à l'accoucheur de ne pas avoir montré leurs organes en spectacle au mari et à d'autres personnes.

Après avoir remis la malade au lit, je lui ai serré le ventre;

et comme les tranchées paraissent démontrer une prompte rétraction de l'utérus, je n'administre pas de seigle.

L'enfant à peine habillée a été présentée à une nourrice sur lieu, et elle a pris le sein comme si elle avait toujours tetté.

La journée aurait été bonne sans les tranchées, et le soir, la garde applique des cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le 22, à 9 heures, je trouve la malade avec le pouls à 60, et l'utérus, malgré les tranchées, est encore assez gros pour dépasser le nombril. Sous ma main, il se contracte en causant encore une douleur assez vive et sans diminuer de volume; preuve, ou qu'il est naturellement gros, ou qu'il est maintenu élevé par quelque cause qui a produit le même effet au premier accouchement. Lavement pour débarrasser l'intestin, puis, un quart de lavement laudanisé pour arrêter les tranchées, qui durent encore. Bouillons, potage.

Le 23, pas l'ombre de fièvre ; les seins commencent à gonfler, et l'utérus est d'un doigt au-dessous du nombril.

Le 24, la mère et l'enfant vont bien, mais sans aller du corps tous les deux. J'ordonne pour la fille quelques cuillerées de sirop de chicorée, et à la mère deux paquets de scammonée de 25 centigrammes chaque. Dans la soirée, le mari a dû partir, et le gonflement des seins ayant fait voir à la malade qu'elle pourrait nourrir, la met dans la consternation. Le purgatif n'avait pas encore agi chez cette dame au lendemain 26, et c'est peut-être à la quantité des matières du gros intestin qu'était due l'élévation de l'utérus. Un lavement a été nécessaire le 26, pour commencer l'action évacuante. Potages, viande, eau rougie.

Depuis ce moment, l'enfant vient à merveille, sans avoir nullement maigri, comme on le croit, et cela parce qu'elle a eu aussitôt du lait en abondance. Une seule chose me frappe, c'est de voir dans les deux yeux de cette enfant une tache sous-conjonctivale de sang, quoique le travail ait été très-prompt et très-facile. Ces épanchements ne proviennent donc pas toujours des difficultés de l'accouchement.

La mère va assez bien, et, comme au 29, elle a encore les seins gonflés, malgré le purgatif, la tisane nitrée, les embrocations huileuses, la ouate, etc. Je fais faire sur les mamelles des frictions d'extrait de belladone parfumé à l'eau de roses.

pour masquer l'odeur vireuse du liniment. Je fais rester Madame F... un peu plus au lit pour éviter les sensations de poids douloureux du bas-ventre, qu'elle a éprouvées après son premier accouchement.

Elle commence à se lever le dixième jour, et elle est bien. Cependant, dans les premiers jours d'avril, elle a, dans l'après-midi, des névralgies hémicraniennes qui vont en se renforçant. Le dixième, j'ordonne quelques cuillerées d'une potion quinique que je fais répéter les jours suivants, et qui suffit à guérir Madame F... Chose qui étonne la famille, c'est qu'une sœur de cette dame, âgée de dix-neuf ans, avait aussi des névralgies hémicraniennes dans ces mêmes jours, et la même potion quinique ne la soulagea pas. C'est que chez Mme F..., ces névralgies étaient évidemment l'effet d'une légère résorption, bien plus facile à attaquer par le quinine qu'une simple névralgie. Chez la jeune personne, il a fallu doubler la dose et insister plus que chez l'accouchée pour avoir le même résultat.

Au bout d'un mois, le retour de couches a reparu (21 avril), et le deuxième mois (21 mai), le sang a coulé encore plus abondamment, sans inconvénient. Quant à l'enfant, je l'ai vaccinée, et outre les pustules vaccinales, il y a eu une éruption générale bénigne de boutons non ombiliqués.

OBSERVATION CCLXXXVI.

Pluripare. — Phénomènes assez singuliers après une première couche, résultant probablement de l'allaitement. — Deuxième grossesse assez bonne jusqu'au neuvième mois. — Albuminurie et prodromes d'éclampsie passés inaperçus. — Attaques imprévues. — Contractions utérines consécutives. — Effets des convulsions et des contractions utérines sur la préparation du col. — Insuffisance du chloroforme pour arrêter les attaques avant l'accouchement, et son utilité après. — Excitation de la respiration fort utile pour abréger la période asphyxique. — Faut-il agir en pareil cas, ou faut-il attendre? — Dilatation artificielle du col utérin. — Application du léniceps ; ses avantages sur la version podalique. — Efforts volontaires de la femme, quoique privée de sensibilité intellectuelle. — Diagnostic de la position fœtale par la rotation extérieure de la tête. — Naissance d'une fille vivante. —

Effets de l'éclampsie sur les facultés intellectuelles avant comme après l'accouchement. — Rétablissement de la malade, qui nourrit elle-même son enfant.

Mme C. C., native de Lille, et habitant Paris, rue Notre-Dame-de-Bonne-Nouvelle, est une ouvrière âgée de vingt-huit ans, de taille moyenne, de tempérament lymphatico-nerveux et d'une assez bonne constitution.

Depuis son mariage, elle a eu une première grossesse sans malaises bien marqués, et est accouchée à terme le 3 avril 1860 d'un enfant qu'elle a nourri elle-même. Elle en était au quatrième mois de l'allaitement, lorsqu'un jour elle tomba dans la rue sans connaissance, tenant son enfant dans les bras, et trois semaines après cet accident, Mme C. C. fut prise d'attaques de nerfs qui se répétèrent plusieurs fois. Son médecin traitant l'engagea à suspendre alors l'allaitement; mais ce qui frappa le plus le médecin et la malade, c'est que les ongles de celle-ci tombèrent tous.

Après le sevrage, les règles étaient revenues tous les mois, lorsqu'une deuxième grossesse a commencé fin mars 1861. Cette grossesse a continué jusqu'au huitième mois sans malaises et sans même qu'il y ait eu de nausées.

On attendait l'accouchement dans les premiers jours d'avril 1862, lorsque, dès le milieu de mars, la femme a offert des singularités qui méritent d'être notées. Ainsi le moral de cette malade avait éprouvé un grand changement. Sans avoir été jamais expansive, cette femme était cependant d'un commerce facile, tandis que depuis le milieu de mars, elle était devenue taciturne, méfiante, irascible; elle ne voyait plus ses voisins et rendait même la vie dure à son mari. Avec cela, ses jambes étaient un peu enflées, et enfin un mal de tête avait fini par se déclarer sans que cette famille réclamât les soins d'un médecin. La malade ne faisait que répéter la prédiction de sa mort dans cette couche, lorsque le 26 mars 1862, en effet, elle fut prise, à 10 heures du matin, d'attaques d'éclampsie.

Il est probable que des malaises avaient précédé l'attaque, car cette dame était alors seule à la maison, et quelques instants auparavant elle avait été vue sur pied, lors-

qu'une voisine l'aperçut sur son lit en proie à des convulsions.

On fit alors demander M. le docteur Bastin, qui est un de mes élèves, mais celui-ci n'était pas chez lui et ne rentra qu'à 4 heures. A son arrivée il constata des attaques éclamptiques arrivant toutes les 10 minutes et laissant dans leur intervalle la malade dans le plus profond assoupissement. Ce médecin fait alors demander du chloroforme qu'il administre par inhalation, en attendant qu'on vienne me chercher, et prend des précautions pour préserver la langue des morsures qu'elle avait déjà reçues.

L'inhalation n'avait pas empêché les attaques de continuer, lorsque je suis arrivé à 4 heures 45 minutes auprès de la malade. L'ayant examinée au toucher vaginal, j'ai trouvé le col utérin presque effacé, offrant une dilatation de 3 centimètres de diamètre. Les membranes sont intactes; c'est la tête qui se présente.

Je constate en même temps une forte saillie de la symphyse pubienne en dedans comme chez les rachitiques, et une vessie distendue par de l'urine. Je commence par vider la vessie à l'aide du cathétérisme, et ayant fait examiner le liquide, on y a trouvé beaucoup d'albumine; puis je propose de faire immédiatement l'accouchement. Etait-il sage, du reste, de faire autre chose?

Quelques praticiens, à la tête desquels est M. P. Dubois, ont proposé d'attendre en pareil cas, parce que les convulsions finissent par déterminer le travail; mais ici il durait déjà depuis six heures sans résultat, et quoiqu'on ait vu des femmes survivre après être restées un et deux jours en convulsions, le pronostic s'aggrave par la durée. Du reste je n'ai *jamais* vu une femme guérir d'éclampsie avant d'être accouchée, à moins que son enfant ne fût mort. Ici M. Bastin n'avait pas pu entendre les pulsations fœtales, mais s'il y avait chance de sauver cet enfant, c'était encore de pratiquer promptement l'accouchement. Quant à la violence qu'on craint dans la dilatation artificielle du col, elle ne devait pas être grande ici. En effet, les doigts de ma main droite établis en cône ont bientôt franchi l'orifice. Maintenant fallait-il faire la version podalique ici ou appliquer le forceps? C'est ce der-

nier que j'ai préféré dans l'intérêt de l'enfant. Ainsi, après avoir piqué les membranes pendant une contraction, j'ai introduit les deux branches de mon léniceps et ai saisi la tête, quoique encore située au niveau du détroit supérieur.

Ces manœuvres ne rendent les attaques ni plus fréquentes ni plus vives. Quelques tractions suffisent à faire descendre la tête dans l'excavation, et lorsqu'elle est arrivée sur le plancher, la malade, qui n'avait pourtant aucune connaissance, s'est livrée à des efforts si violents, que j'ai dû retenir la tumeur fœtale, dans la crainte de voir arriver une déchirure du périnée.

La tête une fois sortie, l'occiput se tourne vers la droite de la femme, preuve à peu près certaine qu'il s'agissait d'une seconde position O. J. D. P. Le tronc sort facilement à 5 heures 10 minutes ; c'est-à-dire que le travail artificiel n'a duré en tout qu'un quart d'heure.

A notre grande surprise, l'enfant est une fille vivante pesant 2,600 grammes ; et ne serait-ce que ce premier succès, il y aurait de quoi justifier l'intervention. Une expectation prolongée aurait évidemment compromis la vie de cette enfant, sachant surtout que, dans ces conditions, la vie et la santé des enfants ne sont pas solides.

La délivrance a été opérée par M. Bastin, à 5 heures 20 minutes, moyennant de légères tractions. Placenta sain.

La malade qui avait été placée en travers du lit pour l'accouchement, est couchée horizontalement, et l'on continue l'inhalation du chloroforme. Il y avait eu une attaque à 5 heures précises ; il y en a une autre à 5 heures 22 minutes. Pour abréger la période asphyxique qui suit les attaques et qui est la plus dangereuse, je frictionnais l'épigastre afin d'exciter le diaphragme à se contracter, ou je pressais les fausses côtes de manière à rétablir la respiration le plus promptement possible.

Une autre attaque a lieu à 6 heures 20 minutes, mais moins forte, et, de ce moment, les convulsions deviennent de plus en plus rares. Sans doute l'accouchement a été pour beaucoup, mais le chloroforme et la respiration artificielle ont eu après une efficacité qu'ils n'avaient pas auparavant. L'inhalation a été continuée jusqu'à 8 heures du soir, et les attaques

avaient fini par se traduire en une simple agitation de tout le corps coïncidant au moment des convulsions.

M. Bastin avait quitté la malade, croyant que tout irait de mieux en mieux, lorsqu'après la cessation du chloroforme les convulsions reprennent. Ainsi, il y a eu une attaque à 8 heures 15 minutes, et elle se répète à peu près tous les quarts d'heure, jusqu'à 9 heure 45 minutes, moment auquel M. Bastin arrive auprès de la malade et recommence l'inhalation.

Cette seule administration renvoie l'attaque suivante à minuit 35 minutes : c'est la dernière ; aussi on va en diminuant le chloroforme dans le reste de la nuit, sans cependant le suspendre.

Le 27 mars au matin, M. Bastin donne à la malade un lavement purgatif qui produit de l'effet. Malgré ce qui est arrivé, la perte de sang n'a pas dépassé l'ordinaire. Le pouls est calme, et sans répondre aux questions, la malade paraît comprendre un peu ce qu'on lui dit. M. Bastin essaie de donner une potion antispasmodique, mais elle n'est pas avalée, ou elle l'est en petite quantité.

La malade est beaucoup mieux le 28; elle commence à comprendre et même à répondre ; mais la langue gonflée ne laisse pas la parole libre, et la bouche devant rester béante, il y a un écoulement presque continuel de salive.

Les jours suivants, la malade va de mieux en mieux. M. Bastin lui continue ses soins, et il ne voit pas sans surprise d'abord, que cette femme ignore, non-seulement ce qui s'est passé, mais la grossesse elle-même ; ensuite, que montrant le désir de nourrir son enfant, on ait pu trouver dans ses seins assez de lait pour croire l'allaitement possible. Le rétablissement s'est fait sans qu'il y ait eu de fièvre, et, d'après ce que m'a dit le docteur Bastin, la malade sortait au dehors le 13 avril.

La mémoire, comme cela a lieu dans ces cas, était revenue lentement ; d'abord celle des choses éloignées, puis, successivement, celle des choses les plus rapprochées, mais non la mémoire des circonstances de l'accouchement. Le caractère ordinaire de la malade a remplacé l'aigreur qu'il avait pris dans les derniers jours de la grossesse.

OBSERVATION CCLXXXVII.

Primipare. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Un médecin doit-il accoucher les femmes de sa famille? — Tristes effets de l'expectation érigée en système. — Travail pénible par arrêt de la tête sur le détroit inférieur. — Cet arrêt peut avoir lieu sur deux plans. — Le développement de la bosse sanguine pris pour un avancement de la tête. — Administration intempestive du seigle ergoté. — Erreur à laquelle peut conduire l'auscultation pour reconnaître la vie de l'enfant. — Difficultés du diagnostic de la position. — Lenteur du travail occasionnée par une occipito-postérieure non réduite. — Les crampes, ou plutôt les douleurs musculaires se propageant jusqu'aux bras. — Léniceps. — La flexion artificielle préservant des déchirures périnéales. — Naissance d'un garçon en état de mort apparente et ranimé. — Innocuité du léniceps. — Rétablissement de la malade sans fièvre bien marquée. — Elle allaite son enfant et a des mammites.

Le 15 avril 1862, j'ai été appelé en toute hâte pour aller délivrer Mme M..., rue Saint-Jacques, laquelle était en mal d'enfant depuis assez longtemps, sans pouvoir accoucher.

Cette dame, native de Paris, est une rentière âgée de 19 ans, de taille moyenne et de tempérament lymphatico-sanguin. Elle est mariée seulement depuis un an, et a vu pour la dernière fois ses règles, du 9 au 12 juillet 1861. La neuvième époque cataméniale correspondait du 9 au 12 avril 1862, et, en effet, des malaises assez prononcés se sont montrés depuis lors ; mais le vrai travail n'a commencé que le 14, à midi. Le père de cette dame étant médecin, a cru pouvoir suffire. Les douleurs ont continué le soir, et un examen devenait indispensable ; mais la pudeur de la fille et le peu d'autorité du père faisaient toujours renvoyer l'exploration à plus tard. C'est à 11 heures 1/2 seulement, lorsque la poche des eaux se rompit spontanément, qu'on se décida enfin à explorer les organes par le toucher vaginal. L'examen fut court, et encore douloureux, au dire de la malade ; cependant il avait permis de constater la présentation de la tête fœtale sur le détroit supérieur.

Les contractions utérines se succèdent et se renforcent de manière que la tête finit par descendre sur le plancher. On

espérait que l'accouchement se terminerait d'un moment à l'autre. En attendant, la nuit s'avance sans résultat. Ce ne sont pas les forces expultrices cependant qui font défaut ; les douleurs ne se montrent pas seulement dans l'utérus, elle se propagent dans les jambes et jusque dans les bras. On a appelé cela des crampes parce qu'elles correspondent aux muscles ; mais toute crampe est accompagnée d'une contraction musculaire permanente. Or, pour mon compte, je n'ai pas encore trouvé les muscles contractés là où les malades disent avoir des crampes en accouchant.

On était à la matinée du 15, sans que l'accouchement se fût opéré. Le père de la malade, quoique avec répugnance, avait pratiqué encore le toucher, et il trouvait que la tête était presque à la vulve. Ayant un médecin dans la maison même de la malade, on fait appeler ce confrère, lequel trouvant comme l'autre que la tête fœtale entr'ouvre déjà la vulve, pense que l'accouchement va se terminer d'un moment à l'autre.

On encourage donc la femme à avoir de la patience, et surtout à s'aider par des efforts volontaires. En effet, un peu par envie instinctive et un peu par suite de la prescription, elle se livre à des efforts considérables. L'accouchement cependant ne se termine pas.

On en attribue la faute à ce que les contractions utérines existent, mais qu'elles ne portent pas, et les deux médecins décident de donner à la malade du seigle ergoté (9 heures du matin).

Chose qui a surpris ces confrères, loin de rendre les douleurs plus vives, le seigle a paru les faire ralentir. La malade, depuis ce remède, dit que le siége de la douleur a changé, et qu'elle ne sent plus l'envie de pousser. Cependant, on voit que la partie fœtale entr'ouvre un peu plus la vulve. On attend encore en excitant toujours la malade à faire des efforts, et pour lui donner des points d'appui, on met une barre fixée devant ses pieds demi fléchis sur les jambes.

La sortie ne se faisant jamais, on perd courage, on déclare l'enfant mort, parce qu'on ne sent pas de pulsations cardiaques, et on me fait appeler pour débarrasser promptement la femme.

J'arrive auprès d'elle à midi et quart, le 15, et voici ce que je trouve. Les traits expriment la souffrance et l'anxiété ; le visage est rouge et couvert d'une sueur qui prouve les efforts volontaires auxquels s'est livrée la malade. Elle réclame, du reste, à être délivrée à tout prix.

Je pratique le toucher vaginal et je sens déjà la vulve sèche, tendue, douloureuse. On voit au fond de cette ouverture la tête fœtale qui semblerait, en effet, vouloir sortir d'un instant à l'autre ; mais un examen détaillé me permet de dire, 1° que ce qu'on a pris pour un avancement de la tête n'est qu'un développement de plus en plus prononcé de la bosse sanguine ; 2° que la tête fœtale restant immobile pendant la contraction utérine ou volontaire, elle est arrêtée sur les os qui forment le détroit inférieur du bassin ; non sur le plan qui correspond aux épines sciatiques, comme cela a lieu quelquefois, mais au plan correspondant aux tubérosités ischiatiques et au coccyx ; 3° que la bosse sanguine, comme l'absence des pulsations fœtales, ne permettent pas de reconnaître la position mais que peut-être nous aurons une occipito-postérieure droite non réduite ; 4° que cette position éloignant le cœur fœtal de l'oreille, ne permet pas de désespérer que l'enfant soit vivant encore. Dans tous les cas, l'état de la mère et de l'enfant réclame une délivrance immédiate.

Voyant la tête si avancée, j'ai essayé si je ne pourrais pas la pousser par des manœuvres externes ; aussi j'ai tantôt accroché la tête sous l'arcade pubienne pour la tirer en avant et l'abaisser ; tantôt j'ai poussé cette tête d'arrière en avant, en appuyant mes doigts sur l'espace ano-coccygien, mais sans résultat. Il y avait un véritable enclavement qu'il fallait détruire par l'application du léniceps. C'est ce que j'ai fait à midi 25 minutes.

J'ai donc commencé les tractions, mais lentes et faibles, pour que la tête en avançant m'éclairât sur la position, et qu'une fois les os dépassés, elle ne fût pas poussée vivement de manière à provoquer des déchirures. En effet, la tête s'avançant, je vois le front apparaître sous l'arcade et un peu à gauche. C'était par conséquent une seconde position O. I. D. P. non réduite ; aussi j'ai opéré lentement la réduction de l'oc-

ciput en arrière, en faisant avancer le front en avant. Dès que la tête a eu franchi le détroit inférieur du bassin, j'ai retiré l'instrument, et j'ai opéré à l'aide des mains seules.

Malgré ce qui venait d'arriver, la vulve était loin de se prêter à la distension, et pour éviter les déchirures, quoiqu'il s'agît d'une primipare, j'ai maintenu avec une main le front de plus en plus appuyé contre la symphyse sur le devant de laquelle il devait glisser, et de l'autre main, j'ai poussé la tête à travers le périnée distendu. Cette manœuvre a fait ainsi avancer la tête jusqu'à la faire sortir sans aucune déchirure. Quelle n'est pas la surprise des assistants lorsque, dès la sortie même de la tête, l'enfant montre des mouvements des yeux et de la bouche, de manière à faire voir qu'il n'est pas mort? Pour hâter la sortie du tronc, je suis allé à la recherche des aisselles, et tirant dessus, tout en faisant la rotation des épaules, j'ai extrait l'enfant à midi 34 minutes.

C'est un garçon de volume ordinaire (2,912 grammes), faisant de loin en loin quelques mouvements thoraciques. Pour le faire respirer plus facilement, je laisse saigner un peu le cordon avant de nouer le bout fœtal. Mais ce qui frappe le plus de cet enfant, c'est la tête fort allongée et comme de travers. Ainsi la bosse sanguine très-prononcée ici, est située sur la région occipito-pariétale gauche. Les yeux de cet enfant sont aussi très saillants, ce qui est une preuve de plus pour démontrer les pressions auxquelles la tête a été soumise pendant la longueur du travail. La cuiller du léniceps a porté en plein sur le visage, mais comme elle était couverte d'une chemise en caoutchouc, c'est à peine si on en voit la trace; la marque aurait été bien plus prononcée avec le forceps. Malgré ce qui précède, la respiration fœtale ne se faisait guère, et la peau des membres surtout était très-pâle. Il m'a fallu mettre cet enfant devant une fenêtre ouverte, et là exciter la peau par des frictions, des fessées, etc., pour le faire bien respirer.

La mère, soulagée au physique et satisfaite au moral, était très-bien. A midi 40 minutes, j'ai commencé à faire quelques tractions sur le cordon, et le délivre n'a pas tardé à venir. Placenta sain.

J'aurais voulu administrer ici un peu de seigle, mais le père qui a ses idées s'y est opposé. Du reste, la malade ayant

pris de cette poudre pendant le travail, je n'ai pas insisté. Bouillons, potage.

Le 16, je trouve le pouls à 90 ; mais le reste allant bien, j'attribue cette fréquence à la période spasmodique. Il n'y a eu, du reste, ni céphalalgie, ni fièvre, ni douleurs abdominales. La malade voulant nourrir, on lui a déjà présenté l'enfant, quoique les seins soient vides; aussi, j'ai averti le père et le mari pour qu'ils ne provoquent pas les gerçures et les mammites par une succion prématurée. En attendant, je conseille du lait de vache coupé à l'enfant.

Les 17, 18 et 19, je continue de voir la malade qui se porte bien. Le pouls s'est calmé ; le lait, cependant, ne vient pas encore. Jusqu'au 19, l'utérus restait assez élevé et dévié à droite. Je fais administrer un lavement purgatif, et le gros intestin une fois vidé, la matrice plonge dans le petit bassin.

Le père de la malade étant là, j'ai ralenti mes visites. En effet, tout est allé assez bien ; la malade s'est rétablie sans accidents fébriles ; seulement, au bout de 15 jours, il y avait une mammite, de sorte qu'on a donné à l'enfant du lait de vache, et mêmes des bouillies. Ce dernier moyen était sa seule nourriture à trois mois. L'enfant cependant est bien venu.

OBSERVATION CCLXXXVIII.

Primipare au bout de sept ans de mariage. — Influence heureuse de la grossesse sur la faiblesse générale. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Arrêt de la tête sur le détroit supérieur du bassin. — Position occipito-postérieure non réduite. — Inefficacité du seigle et de la busserole. — Erreurs sur la rigidité du col utérin et sur l'action de la belladone. — Tentatives d'applications du forceps ordinaire. — Signes différentiels entre la poche des eaux et la bosse sanguine. La fréquence des pulsations cardiaques de la mère pouvant faire prendre ces pulsations pour celles de l'enfant. — Application facile du léniceps. — Petites manœuvres pouvant préserver même des déchirures de la fourchette. — Un tour de cordon au cou, cause probable de toutes ces anomalies. — Naissance d'une fille morte par suite d'un travail trop prolongé. — Délivrance un peu difficile. — Fatigue de l'utérus prise pour de l'inertie. — Hémorrhagie arrêtée par la com-

pression de l'aorte abdominale. — Mort de la femme au bout de cinq jours. — Comment on voudrait faire tomber sur l'intervention les fautes de l'expectation.

Le 18 avril 1862, j'ai été appelé rue Antoinette, pour accoucher Mme C..., qui était en mal d'enfant depuis plus de 24 heures, sans résultat.

Cette dame, âgée de 26 ans, est d'une taille un peu au-dessous de la moyenne et ramassée, sans offrir cependant de signes bien manifestes de rachitisme. D'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une assez bonne constitution, cette femme est mariée depuis sept ans sans avoir eu d'autre grossesse que celle-ci.

Les règles sont venues, pour la dernière fois, le 18 juillet 1861. La grossesse a été très-bonne, si bien que les forces générales assez faibles, ont gagné, et la malade a pris de l'embonpoint. Le terme de cette grossesse correspondait au 18 avril 1862. En effet, le 17 de ce même mois, dans l'après-midi, les mouches commencent et vont bientôt en se renforçant, tellement qu'à onze heures du soir, elles étaient très-vives. Le docteur H..., médecin traitant, a été appelé et a assisté la malade dans le cours de la nuit.

Après avoir constaté que l'enfant venait par la tête, ce confrère s'est borné à attendre. Le travail se fait de plus en plus vif, et à sept heures du matin, 18, la poche des eaux se rompt spontanément, ce qui permet de constater une seconde position de la tête. (O. I. D. P.).

On croit les choses en bonne voie, cependant l'engagement céphalique est très-lent et l'occiput reste toujours en arrière. La journée du 18 se passe ainsi dans les plus vives souffrances, et voyant que tout était dans le même état, on donne à cinq heures du soir du seigle ergoté, puis une décoction de busserolle sans plus de profit. L'engagement de la tête ne se rendant pas progressif, le col s'arrête dans sa dilatation, se gonfle et se tend, ce qui fait dire au docteur H... que la rigidité de ce col est la cause de la dystocie ; aussi il met sur l'orifice utérin de l'extrait de belladone sans plus de profit. Ce praticien, du reste, suivait les errements de l'Ecole de Paris, qui attache une grande importance à la résistance du col,

décorée de divers noms, comme cause de dystocie, tandis qu'ici, comme dans bien des cas semblables, la dilatation ne s'est pas achevée, et le col s'est épaissi, uniquement parce que la tête n'est pas descendue dans l'excavation.

Voyant, à neuf heures du soir, que les choses en étaient encore au même point, le docteur H... s'adjoint le docteur B..., et l'on décide de faire une application de forceps. Après avoir placé la femme en travers du lit, on introduit les branches de l'instrument avec difficulté, et à peine si on peut parvenir à les articuler, preuve que si le rétrécissement du bassin n'était pas la seule cause de la dystocie, il y était au moins pour quelque chose. On commence les tractions, et trouvant de grands obstacles à surmonter, on préfère me faire demander.

J'arrive auprès de la malade, le 18 à dix heures trois quarts du soir. Elle est assise sur un fauteuil, mais exténuée de fatigue et de souffrance ; son pouls est à 104. Je pratique le toucher vaginal et je sens dans l'excavation une tumeur presque fluctuante ; on dirait la poche des eaux ; elle est cependant un peu rude sous les doigts, et les commémoratifs seraient pour qu'il s'agît plutôt d'une bosse sanguine excessivement développée. En effet, en contournant cette poche avec la pulpe du doigt, je tombe brusquement sur la surface osseuse du crâne. Enfin, je puis, en introduisant le pouce avec l'index dans le vagin, saisir une petite mèche de cheveux, ce qui a levé tous les doutes. J'ai cherché ensuite si je ne pourrais pas constater la présence des pulsations cardiaques du fœtus; car dans des cas pareils, il est bon de s'en assurer pour qu'on ne vous accuse pas d'avoir tué l'enfant pendant qu'il était déjà mort. J'ai pu constater en effet des bruits dont la fréquence pouvait donner le change pour ceux du fœtus ; mais en plaçant mes doigts sur le pouls de la mère, j'ai pu constater l'isochronisme de ces pulsations avec les battements de la radiale. J'ai donc déclaré aux deux confrères comme à la famille, que je croyais l'enfant mort. Il s'agissait de chercher à sauver la mère.

A onze heures, je fais une application de mon lénicep, ce qui n'a pas été très-difficile pour l'introduction. L'articulation des demi-manches ne tombait pas exactement, mais

comme je pouvais commencer les tractions, je m'y suis livré à la première contraction utérine. A mesure que j'ai fait ces tractions, l'articulation s'est achevée en mettant les demi-manches de plus en plus parallèles l'un à l'autre. Je trouve, en tirant, de grandes résistances, que je surmonte cependant petit à petit. A mesure que la tête gagne le plancher, je fais la rotation de manière à mettre son grand diamètre d'arrière en avant, et sans le diagnostic exact du docteur H..., qui avait trouvé la fontanelle occipitale en arrière, on serait tenté de croire au toucher que cette fontanelle est sous l'arcade pubienne.

Soit tension des tissus, résultat de la longueur du travail, soit rigidité naturelle, le fait est que l'orifice anal comme l'orifice vulvaire, conservent ici des bords épais, et le périnée reste étroit de manière à faire craindre des déchirures. Voyant cela, j'ai redoublé d'attention pour faire avancer très-lentement la tête, jusqu'à ce qu'elle ait pu dépasser le détroit inférieur du bassin. Cela fait, j'ai retiré l'instrument, et c'est par l'extension et la flexion artificielles que j'ai pu porter cette tête à franchir les partie molles de la vulve, sans qu'il y ait eu la plus petite déchirure, même de la fourchette.

Quoique sortie au dehors, la tête fœtale restait enfouie dans le sillon vulvaire, le front en avant et l'occiput en arrière, preuve que les épaules étaient encore retenues en haut par un rétrécissement pelvien ou par des tours de cordon serré autour du cou de l'enfant. Glissant alors les doigts sous le menton, j'ai trouvé en effet la tige vasculaire fortement serrée au cou ; il m'a fallu de la force pour pouvoir dégager cette anse qui, probablement, avait été la cause principale de tous les accidents. Cela fait, je suis allé à la recherche de l'aisselle droite qui était à gauche de la femme, et l'ayant portée en avant, j'ai pu extraire ainsi les épaules et le tronc à onze heures un quart.

L'enfant est une fille longue 52 centimètres, pesant 4,235 grammes, et ne donnant aucun signe de vie. Les plaques bleuâtres, entremêlées de points tout à fait pâles, prouvent même que la mort date déjà de quelques heures. Comme acquit de conscience, j'ai pratiqué l'insufflation bouche à bouche pendant un quart d'heure ; les confrères présents

ont essayé d'autres moyens sans que le cœur de cette enfant ait donné une seule pulsation.

Au bout d'un quart d'heure, je retourne auprès de la malade, et essayant de tirer sur le cordon, je sens qu'il résiste; le placenta est, par conséquent, encore adhérent. J'excite l'utérus à se contracter par des frictions extérieures; je fais la poulie de renvoi, et c'est après bien des essais que je parviens à extraire le délivre, lequel est flasque, mais sain.

En présence de tout ce qui était arrivé, je me doutais bien que le retrait de l'utérus ne devait pas être prompt. En effet, la soi disant inertie utérine, dans ces cas, n'est qu'une fatigue de l'organe gestateur, résultat d'avoir été surmené par le travail. J'ai donc pris les devants en faisant donner du seigle ergoté après la délivrance; mais l'action n'était pas assez prompte, et le sang coulant trop fort, j'ai arrêté la perte par la pression de l'aorte abdominale. Cette pression a permis au seigle d'agir, mais tard, et d'une manière incomplète. Sans ces précautions, la femme serait morte évidemment d'hémorrhagie. A minuit trois quarts, moment de mon départ, le sang était arrêté, et la femme, restaurée, était remise dans son lit.

Je n'ai plus été appelé auprès de cette malade, et par conséquent je ne puis dire ce qui s'est passé depuis ; je sais seulement que cinq jours après la pauvre patiente était morte. Je ne crois pas que l'explication de cette mort soit sortie de la bouche des deux confrères, mais la personne qui m'apprit la mort de cette malade, me dit que lui ayant cassé l'épine pendant mon opération, la pauvre femme ne pouvait pas survivre. C'est du moins ce que disait la famille, et voilà comment les tristes résultats de l'expectation sont mis quelquefois sur le compte de l'intervention. Pauvre ignorance, et disons aussi pauvre obstétrique expectante!!

OBSERVATION CCLXXXIX.

Primipare. — La menstruation n'est pas toujours en rapport avec la constitution. — L'ovulation et la fécondation se faisant en dehors de l'époque cataméniale. — Accouchement précoce encore plus que prématuré. — Durée de la grossesse. — Action des maladies catarrhales sur la grossesse et l'accouchement. — Un repli de la peau simulant la poche des eaux et la bosse séro-sanguine. — Influence réciproque des vomissements et du travail. — Erreurs vulgaires sur l'action de l'alimentation de la femme qui est en mal d'enfant. — Rotation du fœtus par manœuvres externes. — Petites manœuvres abrégeant le travail. — Naissance d'une fille vivante et développée comme à terme. — L'hémorrhagie après la délivrance est une chose relative. — Rétablissement de la malade sans fièvre. — Distinction entre la hauteur et le volume de l'utérus, causes qui peuvent influer sur les deux. — Précipitation du retour des couches. — Une phlébite à la jambe, sans *phlegmatia alba dolens*. — Guérison.

Mme D... est une maîtresse d'hôtel, native de Paris, âgée de 25 ans, de taille moyenne d'un tempérament lymphatico-nerveux, et d'une constitution saine, quoique délicate.

Réglée à 13 ans, elle a continué de voir tous les mois en avançant chaque fois d'un ou deux jours. Le sang coule chaque fois pendant cinq à six jours, et abondamment, sans occasionner de malaises. Une menstruation aussi active ne semblerait pas coïncider avec une constitution délicate; mais il faut savoir que la vie utérine, si elle dépend jusqu'à un certain point de l'état général, elle en est aussi assez indépendante pour être en sens contraire, bien des fois. Cette femme avait eu ses règles du 28 juin au 2 juillet 1861. Elle s'est mariée le 9 de ce dernier mois, et l'écoulement n'ayant plus reparu, de ce moment date la grossesse dont nous allons parler. La fécondation ne pouvait pas se faire ici immédiatement après les règles. Nous allons voir par l'accouchement et par le volume de l'enfant, qu'elle n'a pas dû se faire non plus peu de jours avant la menstruation suivante; c'est-à-dire qu'elle a eu lieu aux premières approches conjugales, et loin des deux époques cataméniales. Ce fait, qui rentre naturellement dans ma manière de voir sur l'ovulation de la femme,

s'écarte des principes reçus qui veulent rattacher exactement l'ovulation à la menstruation.

Cette grossesse a été très-heureuse, à peine s'il y a eu des malaises au début et à la fin ; nausées, vomissements, douleurs de bas-ventre, crampes, etc.

Le 1er décembre, la malade vient me voir pour m'annoncer sa grossesse, et déjà elle sent les mouvements de son enfant. Elle revient au milieu de mars 1862, et, en palpant le ventre, je trouve son enfant situé en seconde position du vertex O. J. D. P. La malade, d'après le compte des règles, serait grosse de sept mois et demi ; cependant je trouve que le volume utérin indiquerait une grossesse plus avancée, puisque le fond de la matrice dépasse de trois doigts le niveau du nombril.

La neuvième époque cataméniale correspondrait ici à la fin d'avril ; mais, dans les premiers jours de ce mois, Mme D... est prise d'un coryza suivi de bronchite, qui la fait beaucoup tousser et la rend abattue. Enfin, dans la journée du 12 avril, le travail commence par l'apparition du sang, suivie bientôt des mouches.

On m'appelle à 11 heures 1/2 du soir, et je trouve le col utérin effacé, avec une ouverture de 2 centimètres de diamètre. L'enfant a déjà la tête engagée dans l'excavation, et les contractions, qui arrivent à 3 ou 4 minutes d'intervalle, sont suivies d'une contraction presque permanente de l'utérus. Pouls calme.

Pour ne pas précipiter le travail, je fais coucher la malade, et à minuit et demi, la dilatation étant presque complète, je romps la poche des eaux ; la tête appuie tellement sur les membranes, qu'à peine s'il sort quelques gouttes de liquide.

Après cette rupture, les contractions sont devenues plus espacées, mais plus énergiques, et à une heure, je remarque une chose qui me frappe : c'est une espèce de poche flasque et, l'on dirait, fluctuante. En appuyant le doigt sur le sommet de cette poche, on est obligé de la refouler sur la hauteur d'un centimètre et plus, avant de sentir le crâne. S'agissait-il d'une nouvelle enveloppe de l'œuf ou d'une poche séro-sanguine? Rien de cela. La forme allongée m'a démontré que

c'était un brusque froncement du cuir chevelu sur l'étendue des sutures et des fontanelles résultant du chevauchement des os de la voûte crânienne. L'épaisseur de l'enveloppe de cette poche, quand on appuie dessus comme pour la déchirer, et son défaut de tension pendant la contraction utérine, sont venus confirmer le diagnostic.

A une heure 10 minutes, la malade vomit du vin qu'elle avait pris quelques instants auparavant, avec l'intention de se donner de la force, et ces vomissements ralentissent le travail, produisant ainsi un effet contraire.

La mère de la malade, qui est présente, ne s'étonne pas de ces vomissements, et dit qu'elle même a vomi à tous ses accouchements. Je suis loin de nier l'hérédité pour tout ce qui touche à la vie utérine; mais il faut savoir qu'en Savoie, lieu de naissance de cette dame, il paraît qu'on donne souvent à boire et à manger dès le début du travail, pour que la patiente ait plus de force dans l'expulsion du produit. Or, il est démontré pour moi que, si l'on en excepte les cas de faiblesse très-exceptionnels, les boissons alimentaires et, à plus forte raison, les aliments solides, contrarient le travail au lieu de le faciliter; car le vomissement arrive ordinairement avant la digestion, et l'activité nerveuse, qui est nécessaire au vomissement, est autant de retranché à la contraction utérine.

Je laisse aller les choses jusqu'à deux heures, et en examinant les parties à ce moment, je trouve la lèvre antérieure du col tellement épaissie, qu'elle est œdématiée. Le pli du cuir chevelu de la tête fœtale s'est changé en bosse séro-sanguine.

Je relève la lèvre antérieure du col, tout en exerçant avec la pulpe du doigt une pression circulaire qui hâte la dilatation. Pendant que j'opère cela avec la main droite, j'exerce avec la gauche, sur le tronc fœtal, des pressions à travers les parois abdominales. Ces pressions sont faites d'arrière en avant, et surtout au début de la contraction utérine, que la malade accompagne bientôt par les efforts volontaires. Par ce moyen, j'ai opéré petit à petit la rotation du fœtus en avant. Cette rotation aurait même été plus prompte si la toux n'était pas venue à chaque instant fatiguer la malade.

Pour hâter encore plus le travail, j'abaisse artificiellement le plancher du bassin, et l'on dirait que tout va bientôt se

terminer; mais c'est plutôt la bosse sanguine qui, en se développant, simule une progression de la tête. Trois heures sonnent sans que cette tête traverse le détroit inférieur du bassin, et j'allais employer le lénicep lorsque, sur ma proposition, la malade s'est livrée à des efforts plus considérables pendant la douleur. De mon côté, j'opérais tantôt la flexion artificielle en accrochant l'occiput, tantôt l'extension artificielle en pressant sur l'espace anococcygien, et, de cette manière, la tête a pu franchir le détroit inférieur; son passage à travers la vulve a été si bien ménagé qu'il n'y a pas eu la plus petite entamure de la fourchette.

Comme il fallait s'y attendre, la rotation de l'occiput se fait à la droite de la femme; mais les épaules ne sortent pas pour cela. Je suis obligé d'accrocher l'aisselle postérieure pour extraire le tronc fœtal (3 h. 1/2).

L'enfant est une fille plus développée qu'on n'aurait pu le croire (3,500 grammes), et bien portante. Sa tête, allongée en pain de sucre, a 0,13 dans le diamètre occipito-frontal, et 0,15 dans le diamètre occipito-mentonnier. L'époque de la fécondation ne pouvant pas avoir eu lieu avant le 9 juillet, cette enfant avait au maximum 277 jours. Cette fécondation avait eu lieu avant le 28 juillet, époque à laquelle le sang a manqué pour la première fois; soit une grossesse ayant au minimum 258 jours; mais aussi la fécondation pouvait avoir eu lieu entre le 9 et le 28 juillet, et en partageant ce temps en deux, on pouvait mettre cette fécondation au 19 juillet, ce qui ferait une grossesse de 267 jours.

D'après les idées reçues, la fécondation a lieu peu de jours après la menstruation, chose impossible ici, ou peu avant l'écoulement, et ce seul cas était possible. L'enfant, par conséquent, aurait eu environ 258 jours; or, son développement était trop fort pour cela. La fécondation a eu lieu par conséquent entre le 9 et le 19 juillet, c'est-à-dire loin de la menstruation, comme je l'admets moi-même. C'est cette fécondation anticipée qui, à 8 mois 1/2 environ, a rendu le fœtus assez développé pour qu'il n'ait pas attendu la neuvième époque cataméniale à faire sa sortie.

Dix minutes après l'expulsion de l'enfant, j'ai opéré la délivrance, moyennant de petites tractions sur le cordon. Pla-

centa sain. Pendant la délivrance, et surtout après, il est sorti quelques caillots sanguins assez abondants. En frictionnant l'utérus, je l'ai fait assez rétracter pour que la perte se soit aussitôt arrêtée. A quatre heures du matin, je n'ai pas vu la nécessité de faire réveiller un pharmacien pour avoir du seigle. Je me suis contenté de placer la malade horizontalement, la tête basse, et je lui ai serré le ventre avec une ceinture, puis je l'ai restaurée avec du vin chaud ; mais ceci ne l'a pas empêchée d'avoir une défaillance, c'est-à-dire que la perte n'aurait pas été forte pour une femme sanguine et même ordinaire, mais elle avait été forte pour une femme grêle.

A six heures et demie, j'ai ajouté le seigle ergoté aux moyens précédents, et, de cette manière, la malade s'est bien trouvée dans la journée du 13. Bouillons.

Je la vois le soir, et je trouve le pouls à 94, ce qui tient peut-être à la chaleur de la chambre, qui est trop élevée. Je palpe le bas-ventre et je trouve l'utérus dirigé à droite. Il n'est pas très-gros, mais il dépasse le nombril. A quoi tient cette élévation ?

La vessie a été vidée, l'utérus est rétracté, peut-être y a-t-il des caillots sanguins dans le vagin ; mais aussi cette élévation utérine pourrait tenir à ce que le tronc est presque plus bas que le bassin. Dans la crainte d'amas du sang dans l'utérus, je fais donner encore un gramme et demi de seigle ergoté.

Un inconvénient qui vient compliquer ici l'état puerpéral, est la toux qui continue toujours, et pour la calmer, la nuit, j'ordonne un julep anodin (30 grammes, sirop de digitale, autant sirop de gomme et sirop diacode ; 12 grammes, eau de laurier-cerise) qui a été assez efficace.

Le 14, la malade est bien ; pouls à 80, ventre souple, utérus d'un doigt sous le nombril. Potage; nuit meilleure ; la toux a diminué.

Le 15, la mère va parfaitement ; pas de fièvre; l'enfant est confiée à une nourrice de la campagne pour qu'elle l'élève au sein.

Dans la soirée, les mamelles commencent à gonfler chez la malade, et elle prend de l'huile de ricin le 16. Le gonflement des seins a réveillé la toux qui s'était calmée, mais le pouls reste à 80.

Le 17, la malade est bien sous tous les rapports. Côtelette.

Le 18, elle est encore mieux, et, contrairement à mon avis, elle se lève pour rester assise pendant deux heures; mais elle finit par se trouver mal, et en se courbant pour ramasser quelque chose sur le parquet, elle a eu un vertige qui l'a fait presque tomber.

Les jours suivants, le mieux augmente. J'interdis cependant à la malade de rester sur ses jambes, et surtout de marcher longtemps. Je ne sais pas si mes prescriptions ont été suivies, le fait est que, le 7 mai, la malade commence à voir de nouveau du sang par la vulve, sans aucune sensation pénible dans l'abdomen. Cette dame se plaint seulement de la jambe droite, et la douleur ayant augmenté, on m'appelle le 9 mai.

Je trouve cette femme pâle et maigre. Malgré l'écoulement du sang qui continue, je ne trouve rien d'anormal dans le bas-ventre, si ce n'est que l'utérus est encore à quatre doigts au-dessous du nombril et à trois au-dessus du pubis. La mère de cette dame me fait remarquer que les lochies sanguinolentes, chez elle aussi, avaient duré longtemps après chaque accouchement, même en nourrissant ses enfants.

J'examine la jambe de la malade, et je trouve entre le tiers inférieur et les deux tiers supérieurs de la face antérieure du tibia droit, un gonflement douloureux. Ce gonflement est peu prononcé, et son aspect marbré fait voir qu'il s'agit de distensions veineuses sous-cutanées, entourées d'un tissu un peu inflammé. Le toucher y trouve des nodosités séparées par des points dépressibles qui confirment le diagnostic.

Cette jeune dame n'avait pas accusé de varices pendant la grossesse, mais sa profession exigeant qu'elle reste debout toute la journée, ces varices ont dû commencer au moins pendant la grossesse; seulement elles ne s'étaient pas enflammées.

Après l'accouchement et après la marche des premiers jours, les vaisseaux qui s'étaient vidés se sont subitement distendus et enflammés ; mais tout est partiel et local. En suivant le trajet des grosses veines du membre, le long du jarret et de la cuisse, on ne trouve ni sensibilité, ni nodosités. Enfin, ce

membre n'est pas enflé comme dans la *phlegmatia alba dolens*; le pouls, du reste, n'est pas fébrile.

Je prescris le repos horizontal, des cataplasmes émollients sur la jambe et des synapismes aux bras. J'ordonne en même temps des paquets de poudre de quinquina mêlé à du sous-carbonate de fer.

Par ces moyens locaux et généraux, le sang s'est bientôt arrêté. La jambe s'est dégorgée, et les forces sont bientôt revenues. Pour finir de faire résoudre l'induration qui restait à la jambe malade, j'ai fait faire des frictions à l'oguent gris, et une compression méthodique à l'aide d'une bande.

La malade a fini par se remettre de manière à reprendre ses occupations, sans plus se ressentir de la maladie.

OBSERVATION CCXC.

Primipare. — Rétrécissement absolu du bassin, preuves rationnelles. — La grossesse améliorant la faiblesse préexistante. — Ce que signifie l'abdomen qui tombe en besace. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. —Valeur de la rupture spontanée des membranes, lorsqu'un travail s'est prolongé sans engagement de la partie fœtale. — Impossibilité du diagnostic par le palper lorsque l'utérus est rétracté d'une manière permanente. — Confusion de cette rétraction avec le défaut de contractions. — Dystocie que le seigle n'a pu surmonter. — Forceps ordinaire, tentatives infructueuses de son application. — La meilleure manière de faire les tractions. — Egards qu'on doit aux confrères. — Accouchement à l'aide du forceps pouvant se faire chez les primipares, sans déchirure de la fourchette. — La position du fœtus indiquée par la rotation des épaules. — Naissance d'une fille morte par suite d'un travail trop prolongé. — Le moment le plus commode pour la mensuration du bassin. — 8 centimètres 1/2 dans le diamètre antéro-postérieur. — Guérison de la malade sans accidents.

Le 13 mai 1862, à 8 heures du matin, j'ai été appelé rue Cadet, auprès de Mme L..., qui ne pouvait pas accoucher.

Cette femme est une marchande, âgée de vingt et un ans, native de Seine-et-Oise, habitant Paris depuis un an. D'une taille au-dessous de la moyenne et grêle, d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une constitution délicate, cette dame n'a jamais eu cependant de maladies graves.

Réglée à quinze ans, elle n'a vu depuis ses menstrues que d'une manière irrégulière. Mariée depuis quatorze mois, elle a eu ses règles pour la dernière fois, du 12 au 15 août 1861. La grossesse a été normale, la malade a même vu son teint, ses forces et son embonpoint s'améliorer, comme la chose a lieu souvent chez les femmes préalablement délicates. M. le docteur B..., médecin traitant, s'est borné à prescrire une ceinture pour relever le ventre de cette femme qui tombait en besace devant les pubis.

Avant d'aller plus loin, il faut s'arrêter à la signification de ce qui précède, c'est-à-dire qu'une femme de petite taille ayant les épaules étroites, et surtout l'utérus en pointe finissant par tomber au-devant des pubis dès la première grossesse, cette femme, on pouvait le dire d'avance, portait un rétrécissement ou tout au moins une forte inclinaison du bassin. Nous allons voir d'autres signes rationnels confirmer ce diagnostic avant la mensuration directe.

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 12 et le 15 mai 1862. Dès le 10 de ce mois, en effet, les malaises et quelques mouches commencent. Le 12, dans la journée, le travail se déclare et les douleurs se font vives. A onze heures du soir, la poche des eaux se rompt spontanément, ce qui a permis au docteur B... de constater la présentation de la tête avec la fontanelle occipitale en avant; il croit même avoir senti les mouvements actifs du fœtus, tandis que la malade dit les avoir perçus de moins en moins depuis quelques jours.

Le travail s'avance, mais sans engagement de la tête fœtale qui est toujours au-dessus du détroit supérieur. Ce confrère attend jusqu'à six heures du matin, le 13, et voyant les choses au même point, il fait une application de forceps; il déploie beaucoup de force dans les tractions, et à peine s'il obtient un peu d'engagement céphalique. Il appelle un autre confrère, lequel essaye à son tour les tractions, sans mieux réussir. Voyant avec cela les contractions utérines se suspendre, on attribue l'insuccès au défaut de forces de la part de la matrice, et l'on donne un gramme de seigle ergoté sans plus de résultat. C'est alors qu'on me fait appeler (8 heures).

A mon arrivée, je trouve la malade exténuée de souf-

france. Je cherche à me rendre compte de la position de l'enfant par le palper, et la chose est impossible à cause de la contraction permanente de l'utérus. Chose curieuse, ces deux confrères, comme beaucoup d'autres, dans les livres et dans la pratique, ont confondu la contraction dont je parle avec le défaut de contraction ou, comme on dit, l'inertie; et de même qu'on l'a fait ici, on donne à tort du seigle ergoté, tandis que ce moyen thérapeutique, en augmentant la contraction, peut provoquer des ruptures, ou tout au moins suspendre la circulation placentaire et occasionner la mort de l'enfant. Connaissant trop ces choses, malheureusement, j'ai eu soin d'ausculter l'abdomen, et je n'ai pas pu entendre les bruits fœtaux. J'ai bien perçu des bruits fréquents, mais en plaçant en même temps les doigts sur la radiale de la mère, j'ai compris qu'il s'agissait de bruits cardiaques de celle-ci, augmentés en nombre par la violence du travail et en intensité par l'écoulement presque complet des eaux amniotiques.

Passant le doigt entre les branches du forceps qui est encore en place, je sens la tête fœtale recouverte d'une forte bosse sanguine et à peine engagée dans le détroit supérieur. Que faire dans ce cas? Devais-je retirer l'instrument pour introduire mon lénicep? Puisque le forceps était placé, j'ai voulu éviter aux confrères une mortification et à la patiente les souffrances d'une nouvelle introduction de l'instrument. J'ai donc pris le parti d'essayer les tractions à mon tour, quoique le forceps parût n'avoir pas réussi parce qu'il glissait; seulement, au lieu de laisser la femme sur un lit-canapé qui était très-bas, je l'ai fait placer sur le bord d'un lit élevé. Les deux confrères tenaient les jambes de la malade.

Après avoir enveloppé les manches de l'instrument avec un linge, j'ai commencé les tractions dans l'axe du détroit supérieur, chose qui était impossible dans la position première. C'est à la traction qu'on faisait en avant de cet axe qu'était dû le défaut d'engagement pendant les tractions des confrères. Un autre précepte que j'ai suivi pendant les tractions a été celui des mouvements latéraux, en avant, en arrière, et surtout circulairement. Ces précautions ont bientôt fait augmenter l'engagement, et six tractions faites à quatre ou cinq minutes d'intervalle l'une de l'autre ont amené la

tête à la vulve. Pour faciliter l'engagement, il m'a fallu faire relever par un des confrères la lèvre antérieure du col utérin œdématisée et très-tendue, laquelle venait arrêter la tête au passage.

Une fois la tête arrivée à la vulve, j'ai retiré l'instrument pour faire le restant avec les mains, et quelle n'a pas été ma surprise en voyant que, par les efforts de traction, les cuillerées du forceps en avaient été redressées, la droite surtout. C'était cependant le forceps Dubois, qui est dans les mains de beaucoup de praticiens à Paris.

La vulve ici étant étroite et œdématiée par la longueur du travail, je redouble d'attention pour éviter les déchirures. Pour cela, j'appuie en plein la main gauche sur la tête, que je pousse contre le devant du pubis à mesure qu'elle avance, et je la fais avancer avec la main droite en faisant des pressions sur la région ano-coccygienne distendue. Cette manœuvre, faite très-lentement, a permis à la tête de sortir au dehors sans occasionner la plus petite déchirure, même de la fourchette, chose qui a surpris les deux confrères, sachant surtout qu'il s'agissait d'une primipare.

La tête une fois sortie, se tourne l'occiput à droite, ce qui tendrait à prouver que le fœtus était en deuxième position O. J. D. P., au lieu d'être en première, quoique ceci ne soit pas absolu. J'extrais le tronc en faisant des tractions sur les aisselles (8 heures 50 minutes).

L'enfant est une fille d'assez petites dimensions pour être à terme (2,940 grammes) et n'offre aucun signe de vie. Comme acquit de conscience, nous avons cependant soumis cette enfant à diverses excitations et à la respiration artificielle, sans que son cœur ait battu une seule fois. La mort était réelle, et très-probablement elle avait eu lieu par suite de la longueur ou de la violence du travail.

Après quelques minutes de repos pour la femme, j'opère la délivrance en exerçant de petites tractions sur le cordon et j'amène un placenta sain. J'ai profité du relâchement des tissus et de la position de la femme pour explorer les dimensions du bassin à l'aide de deux doigts, et après déduction faite pour l'obliquité, je trouve 8 centimètres 1/2 dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Je pro-

mène mes doigts derrière la symphise pubienne et aussi loin que possible sur le détroit supérieur sans trouver de déformation. Il s'agit par conséquent d'un rétrécissement général à tout le bassin, non d'un rétrécissement rachitique dont les autres parties du squelette, du reste, ne donnaient aucun indice.

Tout ce qui avait eu lieu pendant la grossesse et surtout pendant le travail annonçait en effet un rétrécissement; mais l'examen direct a mieux expliqué les choses, car s'il s'agissait d'un bassin rachitique, 8 centimètres 1/2 dans le diamètre antéro-postérieur n'auraient pas offert tant de difficulté au passage d'une petite tête, le reste du détroit, dans ces cas, étant ordinairement spacieux.

La malade ayant déjà pris du seigle, je n'en ai plus proposé; je me suis contenté de lui serrer le ventre avec une ceinture, et je suis parti, laissant le reste aux soins du médecin traitant.

Les nouvelles que m'ont données les parents de cette femme m'ont fait savoir qu'elle a guéri sans accidents.

Réflexions. J'ai assez insisté sur les divers points de cette observation, mais je ne terminerai pas sans revenir sur le point principal, le mode de traction. Ainsi ce n'est pas la force qui manquait aux deux confrères, puisqu'ils étaient tous les deux plus jeunes que moi et au moins tout aussi forts. Pour redresser les cuillers du forceps, du reste, ils ont dû déployer une grande énergie. Le docteur B. me disait qu'il avait fait aussi les mouvements de latéralité et de circumduction ; le docteur P. avait insisté sur la traction directe en exécutant quelques mouvements de rotation, croyant présenter la tête à des diamètres plus favorables, mais en vain. J'en ai donné le motif plus haut : c'est que ni l'un ni l'autre ne faisait les tractions dans le sens réel de l'axe du détroit supérieur ; aussi la plus grande partie de la force de traction se perdait-elle en pressions contre les pubis, pressions qui auraient pu nuire beaucoup à la mère, et qui ont très-probablement tué l'enfant.

OBSERVATION CCXCI.

Pluripare. — Bassin d'une étroitesse absolue. — Les signes d'ovulation contrairement aux idées reçues. — Névralgies à la fin de la grossesse, toux réflexe. — L'iodure de potassium peut soulager la souffrance utérine et ralentir le développement du fœtus. — La grossesse se prolonge souvent au delà du terme là où le bassin est rétréci. — Combien faut-il attendre avant de provoquer artificiellement le travail? — Mensuration du fœtus à travers les parois abdominales. — Changement spontané d'une position dans une autre. — Accouchement à la demi-époque cataméniale, entre le neuvième et le dixième mois. — Singularité des contractions utérines. — Naissance d'une fille assez petite, mais vivace. — L'auscultation en défaut pour reconnaître le sexe. — Maladies intra-utérines inaperçues. — Altérations du placenta expliquant le peu de développement de l'enfant. — Diversité des opinions sur ces lésions. — Causes qui peuvent influer sur la hauteur de l'utérus dans les suites de couches. — Rétablissement de la malade sans fièvre. — Le retour de couches n'est pas toujours le début de la menstruation régulière. — Ce que deviennent souvent les enfants confiés aux nourrices de la campagne.

Mme L. H., depuis son dernier accouchement (v. observ. XLVIII), s'était bien remise, lorsqu'au bout de huit mois, elle a été atteinte de fièvre typhoïde. Son enfant, laissé en nourrice pendant dix-huit mois, était resté grêle, pouvant à peine marcher et menacé du carreau. Il a fallu le retirer et lui donner à Paris des soins prolongés pour le remettre (bains salés, frictions d'eau-de-vie sur tout le corps, ceinture clastique sur le ventre, huile de foie de morue, régime laiteux et farineux, etc.).

Remise de la fièvre typhoïde, cette dame s'était bien portée, lorsqu'elle a vu ses règles apparaître comme d'habitude, du 26 au 29 juin (1861). Elle devait les revoir du 26 au 29 juillet, tandis qu'elles sont arrivées le 21, et le sang n'a coulé qu'un jour, pour ne plus reparaître. La malade attribuait cette suspension à un chagrin qu'elle venait d'éprouver, tandis qu'il s'agissait du début d'une deuxième grossesse. Déjà je l'ai fait remarquer dans cette clinique, pour moi le dérangement de la menstruation chez une femme bien réglée est souvent le signe d'ovulation et de fécondation

consécutive, ce qui sort complétement des idées reçues.

Dans les premiers mois, il y a eu quelques malaises insignifiants. Les mouvements fœtaux se sont fait sentir dès le milieu de décembre, mais la fin de la grossesse a été un peu pénible. Ainsi, à la fin de janvier (époque catamén.), Mme L. H. a été prise de malaises et surtout d'une douleur névralgique dans le côté gauche de la tête, douleur qui a reparu le 4 février (1862) ; enfin est survenue une toux sèche très-fatigante.

Le 5 février, cette dame vient me consulter et après m'être assuré par la percussion et l'auscultation que la poitrine est saine et qu'il s'agit purement d'une toux réflexe, j'ai ordonné une potion de 100 grammes où j'ai mis 4 grammes iodure de potassium et 15 gouttes teinture d'iode à prendre à la dose de deux ou trois cuillerées par jour.

J'ai déjà eu occasion de faire remarquer que la souffrance utérine et surtout la congestion sont les causes les plus habituelles de ces phénomènes réflexes; or, pour moi, l'iode est un excellent moyen de dégorger l'utérus par la contraction qu'il imprime aux vaisseaux. De plus, cette contraction remplissait pour moi un autre but ici. Cette dame ayant un bassin rétréci, j'étais intéressé à modérer le développement fœtal avec d'autant plus de raison, que la grossesse prolongée arrive souvent là où il y a angustie pelvienne, et l'iode diminuait aussi ce développement.

Je recommande en même temps à la malade de suivre un régime végétal et herbacé, ainsi que l'usage d'une ceinture pour relever le ventre, qui tend à tomber en besace.

Le 25 février surviennent des vomissements et des douleurs lombaires, se propageant au ventre et jusques entre les épaules. Appelé, je ne trouve là que les symptômes de la congestion cataméniale, et je me borne à prescrire le repos, des synapismes aux bras et un bain général chaud dans lequel on frictionnera les membres de la malade. Le 19 mars, cette dame vient me voir et je la trouve mieux sous tous les rapports ; malgré cela, je lui fais continuer la potion jusqu'au moment de l'accouchement. Je constate par le palper que son enfant est en seconde position du vertex O. J. D. P.

Le 9 avril, je trouve le fond utérin à quatre doigts au-des-

sus du nombril (8 mois) ; l'enfant garde encore la deuxième position et son cœur bat 136 fois par minute, ce qui semblerait indiquer un garçon plutôt qu'une fille.

D'après le compte des époques cataméniales, la neuvième devrait apporter l'accouchement vers le 21 avril, ce qui n'a pas lieu. Le 24, la malade vient me voir, et je trouve cette fois l'enfant en première position O. J. G. A. Le fond utérin étant de cinq doigts au-dessus du nombril, le travail ne devrait pas tarder, quoique la tête fœtale soit encore élevée et que le col utérin n'offre pas de préparation bien prononcée. Ainsi il est entièrement ramolli, mais encore si long que j'y glisse presque tout le doigt avant d'arriver à l'œuf. Le 2 mai j'examine encore la malade au palper et je trouve cette fois que le fœtus a repris l'ancienne position O. J. D. P. L'étroitesse du bassin explique ici le peu de préparation du col, la hauteur de la tête fœtale et sa mobilité ; mais pour un rétrécissement, j'aime encore mieux la seconde position que la première, l'occiput trouvant plus d'espace libre à droite qu'à gauche. Cette grossesse tendant à se prolonger au delà du terme, je me préoccupe du développement de l'enfant et je cherche à en déterminer les dimensions à travers les parois abdominales, chose qu'il serait utile de pouvoir faire avec précision. La chose est facile dans ce cas, à cause de la minceur des parois abdominales et du peu d'eaux amniotiques. Je trouve que le tronc de cet enfant, mesuré sur la convexité du dos, a une longueur de 27 centimètres. La tête, placée en bas, est trop difficile à être mesurée avec précision.

Quant à la mère, elle continue d'être bien. Pas de varices aux jambes ; il y a seulement un peu d'œdème et de la sensibilité à la vulve. Comme je ne sais pas quand le travail viendra, je détermine les dimensions du bassin pour savoir si, par cas, je ne serai pas forcé de provoquer artificiellement ce travail. La mensuration digitale m'a permis de constater 8 centimètres de longueur nette dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Ces dimensions pouvaient me permettre d'attendre à la demi-époque cataméniale qui sépare le neuvième du dixième mois et qui est le terme fréquent des grossesses prolongées. J'ordonne en

attendant à la malade 45 grammes d'huile de ricin et une promenade assez longue à pied tous les jours. Je remarque en même temps que le fœtus ne grossit pas beaucoup et je ne trouve guère de liquide amniotique autour de lui.

Le 9 mai j'examine encore la malade, et cette fois je trouve, au lieu de la deuxième, une première position O. J. G. A., changement qui, à lui seul, indiquerait le défaut d'engagement céphalique, mais que le palper reconnaît mieux en trouvant la tête élevée et au-dessus des pubis.

C'est le 14 à onze heures 3/4 que les mouches ont commencé, c'est-à-dire à la demi-époque, entre le neuvième et le dixième mois, comme je l'avais prévu. Appelé à deux heures 1/4, après minuit, je trouve que la tête fœtale repose à peine sur le détroit supérieur, et encore une fois en seconde position O. J. D. P. Le col utérin est effacé et dilatable encore plus que dilaté. Les contractions sont à quatre minutes d'intervalle et la douleur a pour siége à la fois les lombes et le bas-ventre. La poche est intacte, et pour éviter sa rupture prématurée comme pour favoriser l'engagement fœtal, je prie la femme de rester couchée sur le dos.

Le travail marche, les contractions se répètent toutes les quatre minutes, et, chose curieuse, quelquefois la contraction utérine, à l'heure voulue, est remplacée par une contraction vésicale et par le besoin d'uriner.

A deux heures trente-cinq minutes, les eaux partent spontanément et en abondance à cause du défaut d'adaptation de la tête sur le détroit. Ayant pratiqué le toucher vaginal à trois heures, je trouve que le col se dilate plutôt en s'élevant autour de la tête que celle-ci ne le dilate en s'avançant. Pour faciliter la rotation fœtale, je fais coucher la malade sur le côté gauche, et en même temps j'opère avec les doigts le chevauchement du col sur la tête. Ces auxiliaires suivis de vives contractions utérines, qui se répètent toutes les deux minutes, amènent bientôt l'engagement de la tête en même temps que la rotation du tronc en avant. Malgré une selle qu'avait eue la malade, et malgré un lavement que je lui avais fait prendre, elle avait encore des matières indurées dans l'intestin rectum, et en abaissant artificiellement le plancher, j'ai fait sortir ces matières au dehors. A trois

heures 40 minutes, la tête franchit la vulve. Le mouvement de rotation continuant, l'occiput s'en va à gauche de la malade. Je saisis l'enfant par les aisselles et je le tire dehors. C'est une fille petite pour une grossesse prolongée ; elle a une longueur totale de 48 centimètres, et le tronc, depuis le cou jusqu'au coccyx, mesure 24 centimètres, que j'avais trouvés par le palper.

On voit que les parois abdominales ne prenaient ici que 3 centimètres d'épaisseur. Si on pouvait, par conséquent, faire à ces parois leur juste part dans la mensuration, on pourrait utiliser beaucoup le palper pour déterminer les dimensions fœtales, celles du tronc et de la tête surtout. Mesurée à l'extérieur, la tête de cette enfant a 14 centimètres dans son diamètre occipito-mentonnier, 12 dans le diamètre occipito-frontal, 10 dans le diamètre sous-occipito bregmat., 8 dans le bi-pariétal et 7 dans le bi-temporal. Le poids de cette fille est de 3,290 grammes, c'est-à-dire qu'à peine elle offre le développement d'un enfant à terme. Elle est vivace ; mais comment expliquer la grossesse prolongée avec un si faible développement ? C'est le délivre qui va en rendre compte. Ainsi, moyennant de légères tractions sur le cordon, j'extrais un placenta énorme dont je renvoie l'examen au jour. Je profite de la délivrance pour examiner le bassin, et je trouve toujours 8 centimètres nets dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Une fois la malade remise dans son lit, je lui serre le ventre avec une ceinture et lui fais administrer trois paquets de seigle ergoté d'un demi-gramme chacun.

Je revois la malade à neuf heures et demie et je la trouve bien ; l'utérus est rétracté, mais de niveau avec le nombril et dirigé à droite ; je fais uriner la malade, et il descend à un doigt au-dessous. Bouillons, potages.

J'examine le délivre avec soin, et je trouve que le placenta a 28 centimètres de long sur 20 de large. Il est malade sur plus d'un tiers de son étendue. De l'ovale qu'il décrit, la grosse extrémité est la plus saine, et encore elle offre un tissu très-congestionné, si bien qu'en le divisant avec le couteau, on en fait couler du sang noir abondant, sans que ce tissu s'affaisse après. L'extrémité opposée offre un tissu

plus racorni et comme recouvert à la surface utérine par une fausse membrane. Quand on divise le tissu de cette petite extrémité on le trouve encore plus noir et plus dense, mais il ne s'écoule pas de sang; on y trouve des poches remplies d'une bouillie noirâtre, qui sont autant de foyers sanguins intersticiels. Sur le point correspondant de la surface fœtale du placenta, on trouve aussi un noyau gros comme une noisette, d'un jaune brunâtre, lequel divisé offre partout une texture légèrement fibreuse et uniforme, excepté au centre, où existe une petite cavité vide. Ce noyau pourrait être considéré comme le résultat d'un ancien caillot, dont la partie colorante une fois résorbée, il ne serait resté que la fibrine. Je crois pouvoir cependant comparer ce noyau aux plaques et au cercle fibreux qu'on trouve quelquefois sur le placenta, et qui sont, à mon avis, un fort épaississement de la caduque simple ou accolée à elle-même.

La partie moyenne de ce placenta offre des noyaux fibreux, isolés ou groupés dans le parenchyme, qui semblent partager l'organe en deux moitiés. Ces noyaux sont formés par des cotylédons où le sang ne circulant pas depuis longtemps, leur tissu a passé à l'état fibreux infiltré de graisse, comme le démontre leur texture jaunâtre filandreuse. Ainsi, voilà un placenta dont la partie moyenne était inerte depuis longtemps, et dont la petite extrémité avait cessé aussi de fonctionner depuis quelques jours; à peine s'il restait un tiers de l'organe capable de circulation, et encore ce tiers était-il très-congestionné. Il n'est donc pas étonnant que l'enfant n'ait pas pu se nourrir assez pour être développée à neuf mois et demi, comme si elle était à terme et qu'elle ait offert des pulsations cardiaques plus lentes que si elle était bien nourrie.

Ayant fait voir ce délivre au professeur Robin, celui ci y a aussi constaté la congestion, les hémorrhagies anciennes et la dégénérescence fibreuse des cotylédons. Pour moi, l'oblitération des vaisseaux, quand il n'y a pas de décollement préalable, ne peut guère exister sans un processus phlogistique qui fasse précipiter la lymphe plastique; mais M. Robin n'admet pas la possibilité de l'inflammation dans le placenta. Je lui ai demandé s'il pouvait expliquer, par une

hémorrhagie, le noyau qui avait offert une cavité vide, ainsi que d'autres kystes qu'on trouve quelquefois sur la surface fœtale du placenta, et il m'a répondu que la chose n'est pas possible. Il dit que peut-être ces cavités sont des villosités choriales très-distendues.

La malade a passé le reste de la journée en bon état; pas de fièvre. L'enfant prend du lait coupé; elle porte sur le front et la paupière droite une rougeur qu'on aurait pu attribuer au forceps si on s'était servi de cet instrument; probablement, c'est la marque de la pression des os pelviens. Cette enfant offre aussi les yeux rouges, et de l'enchifrènement qui indiquent une inflammation de la membrane pituitaire, antérieure à la naissance, comme j'ai eu occasion de l'observer d'autres fois.

Le 16, la malade est parfaitement; pas de fièvre, et le soir, les seins commencent à durcir. Le 17, tout est bien; l'utérus, quoique dur, n'est qu'à un doigt sous le nombril; mais il faut ici tenir compte de l'augustie pelvienne, et peut-être de la constipation. Lavement.

La nourrice de la campagne, qui doit emporter l'enfant arrive; elle a un lait de vingt-trois mois, et a déjà nourri son propre enfant ainsi qu'un autre poupon. Elle a encore du liquide dans les seins; cependant je déclare que je ne la prendrais pas pour nourrice, le lait pouvant se tarir d'un jour à l'autre. Ceci n'a pas empêché la famille de l'accepter, et même de lui laisser l'enfant quelques mois après, sachant que cette enfant était élevée au biberon encore plus qu'au sein.

Quant à la mère, elle est allée de mieux en mieux, sans jamais avoir eu une minute de fièvre. Remise complétement, cette femme a eu son retour de couches du 4 au 7 juillet, et grande a été sa surprise de ne pas revoir son sang à pareille époque, les mois d'août et de septembre. Comme elle se portait bien, et qu'après le premier accouchement elle avait eu aussi trois mois de retard, je l'ai rassurée. En effet, la menstruation est venue le 21 septembre pour continuer les mois suivants.

L'enfant est restée grêle, mais vivace, quoique élevée au biberon. La campagne, assurément, a contribué à ce résultat; car, à Paris, la chose n'aurait guère réussi.

OBSERVATION CCXCII.

Pluripare. — Les conséquences d'un mauvais ménage. — Migraine héréditaire. — L'état puerpéral peut faire disparaître ou reparaître d'anciens états morbides. — Signes d'ovulation et de fécondation. — Diagnostic de la grossesse à un mois par le palper combiné avec le toucher vaginal. — Moyens de corriger les vomissements et autres malaises. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Rotation du fœtus par manœuvres externes. — Naissance d'une fille bien portante. — Fièvre éphémère résultant du travail réparateur de la muqueuse utérine. — Confusion qu'on a faite de cette fièvre avec la fièvre dite de lait. — Les tranchées secondaires doivent être distinguées des tranchées primitives. — Différence entre la facilité de sécrétion et la facilité d'excrétion des mamelles. — Un moyen singulier de dégorger ces organes. — Le demi-lait réussit à Paris bien mieux que le biberon.

Mme D..., depuis son dernier accouchement (v. observat. CCXXXI), s'est mieux portée qu'après les autres couches; ses règles avançaient de deux jours et duraient chaque fois pendant trois jours.

Dans le mois d'août 1861, elle a commencé à ressentir des migraines auxquelles elle était sujette avant et pendant la dernière grossesse, tandis qu'elle ne les avait plus ressenties après l'accouchement. Les migraines, du reste, sont héréditaires dans sa famille. Dans le mois de septembre, la douleur de tête se renforce. A l'approche des règles, elle a même mal au bas-ventre, et pendant ce temps, elle a des flueurs blanches; toutes choses insolites, mais qui annonçaient tout bonnement un travail d'ovulation.

Une explication n'est pas inutile ici pour savoir à quelles causes la malade attribue bien des phénomènes. Ainsi, elle était mariée, en province, à un homme qui la maltraitait, tout en la laissant dans la misère, de sorte qu'elle a dû fuir la maison conjugale. Elle était alors enceinte de son second enfant, et ne pouvant pas suffire, par son travail, aux besoins de sa petite famille, elle est venue, après son accouchement, chercher à gagner sa vie à Paris. Ici, elle est entrée comme ouvrière chez un chef gaufreur, qui s'est attaché à son sort

d'abord, puis à sa personne, et désormais elle vit maritalement avec lui.

Elle a eu de lui le dernier enfant, et la grossesse dont il va être question, qui est la quatrième.

Les dernières règles avaient coulé du 9 au 12 septembre 1861, et plus faiblement que d'habitude, tout en ayant la même durée. Après la cessation, il y a eu aussitôt des insomnies, de l'inappétence, la bouche pâteuse et autres indispositions qui annonçaient l'ovulation et la fécondation. En effet, du 9 au 12 octobre, le sang n'a pas coulé; à peine s'il en a paru quelques gouttes le 14, et, de ce moment, ont commencé les vomissements.

Un signe, qui a paru aussi aux autres grossesses, est le dégoût du tabac qu'elle prise cependant avec plaisir en état de vacuité.

Ces signes étaient déjà de grandes présomptions; mais, pour être plus sûre, Mme D... vint me voir le 20 octobre, pour que je lui dise si elle est enceinte ou non.

Après l'avoir fait uriner et lui avoir fait desserrer le corset comme tout autre lien qui serre la taille, j'ai fait coucher horizontalement la malade sur un sopha. J'ai alors appliqué à plat mes deux mains sur le bas ventre, en priant cette dame de respirer profondément, pour me permettre d'aller aussi profondément que possible. C'est ainsi que j'ai pu arriver d'abord au bas de la colonne vertébrale lombaire, et plongeant ensuite dans le petit bassin, j'ai senti cette cavité occupée par une tumeur médiane un peu molle, qui dépasse un peu le détroit supérieur, et qui est un peu douloureuse sous la pression.

Laissant la main gauche sur l'hypogastre, je pénètre avec le médius et l'index de la droite dans le vagin, et je trouve les organes génitaux internes très-chauds. Le col utérin est évidemment un peu plus gros et plus mou qu'à l'état de vacuité. Le museau de tanche est entr'ouvert. En arrière du col, est une tumeur de consistance pâteuse, laquelle, gardant l'empreinte de mes doigts, démontre qu'il s'agit de matières stercorales indurées dans le rectum. Cette plénitude du gros intestin faisant relever l'utérus, favorise singulièrement l'exploration de cet organe. En portant les doigts

au-devant du col, je sens une tumeur assez étendue, plus molle que ne l'est le corps utérin antéversé pendant l'état de vacuité; enfin, je circonscris la tumeur entre les doigts intérieurs et la main extérieure, ce qui me permet de produire le ballottement utérin de haut en bas et de bas en haut, sur une assez large étendue. Nul doute qu'il ne s'agisse ici d'une grossesse, quoique la fécondation puisse dater à peine d'un mois.

Pour corriger les phénomènes réflexes dont se plaint la malade, je lui ordonne un potion de 100 grammes, où je fais mettre 3 grammes d'iodure de potassium, et quinze gouttes de teinture d'iode, à prendre à la dose de trois cuillerées par jour.

Cette potion n'ayant pas soulagé les vomissements, la malade vient me voir le 24 octobre, et alors j'ajoute à la potion vingt gouttes de laudanum; de plus, je fais mettre le soir des sinapismes, tantôt aux bras, tantôt au dos; enfin j'ordonne quelques bains généraux un peu chauds, pendant lesquels on frictionnera la peau pour décongestionner l'utérus. Ces moyens ont, en effet, soulagé la malade, qui s'est bien portée depuis.

Le fœtus a commeneé à faire sentir ses mouvements le 14 janvier 1862, c'est-à-dire à la quatrième époque cataméniale. La malade vient me voir le 28 avril, et je la trouve mieux qu'à la grossesse précédente. L'utérus est de quatre doigts au-dessus du nombril, ce qui, pour une petite femme, n'indique pas tout à fait huit mois révolus. L'enfant que j'examine au palper se tient en présentation du sommet, troisième position O. J. D. A., ce qui est assez rare.

C'est le 8 juin, vers midi, que les mouches commencent, c'est-à-dire à la neuvième époque cataméniale. Appelé à 9 heures du soir, je trouve les contractions utérines encore peu vives, quoiqu'elles soient déjà à cinq minutes d'intervalle. La tête fœtale plonge déjà dans l'excavation, et le col effacé offre une dilatation de 5 centimètres de diamètre.

A 9 heures 35 minutes, je fais coucher la malade sur le lit de misère. A 9 heures 40, je vais accrocher le col pour le retenir en avant, et à 10 heures un quart, je perce la poche des eaux.

Le fœtus s'étant placé le dos en dehors, je l'ai ramené en avant par manœuvres externes, et je lui ait fait faire ainsi sa rotation.

Les mouvements actifs qu'il fait prouvent, du reste, qu'il ne souffre pas du travail. La tête est arrivée à la vulve, qu'elle franchit à 11 heures. Ici, j'ai dû plutôt la retenir que je n'ai dû la pousser, tant les contractions et les efforts de la femme la chassaient avec violence. Le tronc a suivi aussitôt.

C'est une fille vivace, quoiqu'un peu petite (2,960 gram.). Délivrance, 10 minutes après, moyennant quelques tractions sur le cordon. Délivre tout à fait sain. Cette femme ayant eu des hémorrhagies aux accouchements antérieurs, je m'empresse de lui donner préventivement 2 grammes de seigle à une demi-heure d'intervalle ; je lui serre en même temps le ventre avec une ceinture.

Le reste de la nuit est bon ; la malade a dormi malgré quelques tranchées. Même état le 9. Bouillons, potages. L'enfant prend du lait coupé.

Le 10, la malade est bien; pouls à 78; la matrice est à deux doigts au-dessous du nombril. Le soir, les seins commencent à gonfler; on les présente à l'enfant, ce qui n'empêche pas la continuation du lait coupé. Il y a un peu de céphalalgie de 5 à 8 heures du soir, suivie d'un peu de chaleur sans frisson, ce qui n'a pas empêché la malade de passer une bonne nuit.

Le 11, je trouve le pouls à 84, sans soif, sans chaleur fébrile et sans céphalalgie. La légère excitation de la veille n'a donc pas été grand'chose. La famille attribue cette excitation à la fièvre de lait pendant que les seins sont encore flasques, tandis que j'en trouve la raison dans le travail réparateur de la muqueuse utérine. En effet, la malade dit qu'au moment de la légère excitation de la veille, elle avait eu des tranchées utérines, sensibles surtout au moment où elle présentait l'enfant au sein. Je palpe le bas-ventre et je le trouve plus sensible que la veille, surtout quand je presse sur le globe utérin, quoiqu'il soit de deux doigts au-dessous du nombril. Ce globe est un peu flasque ; mais sous ma main il se contracte, ce qui exclut une résorption importante ; aussi

je n'ordonne rien, et fais continuer le régime des bouillons et des potages.

Le 12, tout va bien du côté du bas-ventre.

Cependant, il y a encore, le soir, un peu de céphalalgie précédée de frissonnements et suivie de chaleur. La malade étant sujette aux migraines ne se préoccupe pas de cet état. En effet, le soir, et surtout la nuit, tout disparaît.

Le 13 et le 14, la malade est mieux, et les seins se gorgent de lait. L'enfant n'a ni maigri, ni pâli. La mère se félicite de voir que, quand l'enfant prend un sein, le liquide monte tellement du côté opposé qu'il coule spontanément. Il y a par conséquent, chez cette dame, une galactirrhée temporaire, moins grave que la galactirrhée permanente, mais qui est loin d'indiquer une abondance trop grande de lait. A ce propos, cette femme dit qu'après les autres accouchements, lorsqu'elle avait les seins trop tendues, elle mettait ces organes découverts devant un bon feu, et le lait coulait aussitôt spontanément. Je fais ma dernière visite le 18, et je laisse la mère en très-bon état; quant à l'enfant, elle a les pieds rouges presque à vif, ce qu'il ne faut pas confondre avec des maladies suspectes; aussi je me contente de prescrire de petits bains à l'eau de son, et de petits chaussons pour éviter les frottements.

Le sein continué pendant quatre mois a permis à l'enfant de se bien développer; mais commençant à être insuffisant depuis ce moment, on y a ajouté du lait de vache et même de légères panades, qui ont assez bien réussi.

OBSERVATION CCXCIII.

Primipare. — Menstrues abondantes, cause ou effet de la constitution faible. — Atonie utérine dans l'état de vacuité. Nouvelles idées à ce sujet. — Le coït seul guérissant la dysménorrhée. — Raison probable du fait. — Détermination de l'âge de la grossesse par la hauteur du fond utérin. — Perception des mouvements fœtaux à quatre mois révolus. — Congestion utérine et ses conséquences soulagées par les préparations iodées. — Les symptômes de la souffrance utérine sont souvent les mêmes en état de vacuité et en état de grossesse. — Hydrorrhée se produisant seulement après le coït. — Accouchement à la demi-époque cataméniale, entre le neuvième et le dixième mois. —

Naissance d'un garçon vivant. — Travail livré à la nature, ses conséquences fâcheuses. — Guérison lente de la femme.

Mme B., native du département du Rhône et habitant Montmartre, est une femme d'intérieur, âgée de 30 ans, d'une taille au-dessous de la moyenne, sans offrir de rachitisme, d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une constitution maladive. Elle a été surtout sujette aux dyspepsies.

Réglée à quinze ans, elle a été prise après des pâles couleurs qu'elle a gardées presque tout le temps, malgré le fer et les autres toniques auxquels on l'a soumise. Les règles, cependant, avaient fini par s'établir et à couler même abondamment pendant huit jours chaque fois. Le retour des menstrues n'était pas mensuel, il retardait au moins de huit à dix jours chaque fois, quelquefois même trois et quatre mois, et chaque fois qu'il venait, il était accompagné de fortes coliques.

Avant d'aller plus loin, j'ai besoin de faire quelques remarques du plus haut intérêt, et qui me paraissent avoir échappé jusqu'ici aux pathologistes comme aux praticiens.

Je ne m'arrêterai pas aux dyspepsies, au retard de la menstruation, à la pauvreté du sang et à d'autres phénomènes déjà connus. Je veux faire remarquer d'abord que la perte du sang peut être cause et effet de la chlorose, mais, pour la bien comprendre, il faut se faire une idée exacte de l'atonie utérine, qu'on n'a pas étudiée comme elle le mérite.

L'utérus, à l'état de vacuité, est un muscle rudimentaire qui se développe dans le cours de la gestation ; mais il n'en conserve pas moins, comme tous les muscles, la tonicité, espèce de demi-contraction permanente, bien distincte de la contraction qui est passagère. Le défaut de cette tonicité est l'atonie.

L'atonie utérine peut être idiopathique et particulière à l'utérus, ou symptomatique d'une atonie générale, comme la chose a lieu souvent dans la chlorose.

N'importe le cas, l'atonie utérine devient souvent la cause d'une foule de symptômes locaux et de symptômes réflexes d'autant plus importants qu'ils ont passé pour ainsi dire inaperçus jusqu'ici. Je me bornerai à indiquer ceux qui font partie de cette observation.

Ainsi, lorsque l'utérus jouit de ses qualités physiologiques, la congestion cataméniale gorge bien ses vaisseaux de sang, mais la tonicité et la contraction viennent bientôt chasser ce sang pour le faire sortir au dehors en écoulement menstruel, ou pour le faire rentrer dans le torrent circulatoire. Tout est différent dans le cas d'atonie utérine.

La congestion cataméniale distend alors les vaisseaux utérins, de manière que si les vaisseaux s'ouvrent, le sang menstruel coule trop longtemps ou trop abondamment. Si les vaisseaux ne s'ouvrent pas, l'utérus reste gros et souffrant. La soi-disant dysménorrhée ou les tranchées qu'ont souvent les femmes chlorotiques ne sont que la manifestation de la souffrance utérine, résultat elle-même d'une distension qui peut produire, à la longue, des phénomènes locaux et généraux très-graves. Je me bornerai à noter ici la dyspepsie et la faiblesse de la constitution. Je reviens au récit de mon observation.

Mme B. s'est mariée le 1er août 1861, à l'âge de trente ans, et par raison, car sa faible santé semblait devoir l'éloigner du mariage, tandis que de tout temps on a reconnu l'avantage des rapports sexuels dans la chloro-anémie, et disons mieux, dans l'atonie utérine. En effet, il y a là deux toniques : 1° l'excitation locale qu'apporte le coït ; 2° la présence du sperme qui, comme je l'ai dit ailleurs, est un puissant excitant pour les organes qu'il touche d'abord, et une fois absorbé, un grand tonique pour toute l'économie.

Mme B. avait eu ses règles du 20 au 28 juillet. Elle ne les attendait qu'une quarantaine de jours après, mais par suite des excitations sexuelles, elles sont arrivées exactement du 20 au 28 août, chose qui n'avait jamais eu lieu. De plus, pendant qu'avant d'être mariée chaque menstruation s'accompagnait de douleurs vives du bas-ventre se propageant aux jambes et surtout à la hanche gauche ; pendant qu'elle avait des insomnies, des palpitations du cœur et des attaques de nerfs, rien de cela n'a paru dans la menstruation qui a suivi le mariage, et maintenant nous savons pourquoi.

Dans le mois de septembre, la menstruation n'a pas paru, mais Mme B. n'a pas été souffrante comme auparavant, elle a seulement remarqué un changement dans sa manière de

sentir les choses, au physique comme au moral. Ainsi elle a eu en dégoût la bière et autres aliments qu'elle aimait beaucoup, elle a eu tantôt la constipation et tantôt la diarrhée, elle qui ne souffrait pas de ce côté ; mais tout s'est corrigé au bout de trois mois.

Elle croit avoir senti les premiers mouvements de son enfant le 5 janvier 1862, et se trouvant un peu souffrante le 22, elle vient me voir.

Après avoir pris les renseignements qui précèdent, je palpe le ventre de cette dame encore recouvert de la chemise, et je sens que le fond utérin est presque de niveau avec le nombril. Ceci indiquerait une grossesse de plus de cinq mois, tandis que la malade ne se croirait grosse que de quatre mois à quatre mois et demi. Il faut, en effet, faire ici la part de la petitesse de la taille et du bassin qui pourrait faire remonter l'utérus plus haut que chez une femme plus amplement conformée.

Les malaises de la malade et la sensibilité de l'utérus coïncidant exactement avec une époque cataméniale, indiquaient une congestion, pour laquelle j'ai ordonné les sinapismes aux bras le soir en se couchant, et une potion de 100 grammes avec 3 grammes iodure de potassium et 15 gouttes teinture d'iode à prendre à la dose de 3 cuillerées par jour.

Ces moyens ont complétement soulagé, au bout de deux jours, ce qui a porté la malade à ne plus les continuer. La santé est allée en s'améliorant de plus en plus, quoique cependant cette femme ait eu des réminiscences de ses indispositions de demoiselle : dégoûts, nausées, douleurs aux reins ou au bas-ventre et aux aines. M'ayant consulté de nouveau, j'ai ordonné encore la potion iodée, pour être continuée pendant plusieurs jours. De plus, j'ordonne du vin de quinquina au bordeaux et des caleçons de flanelle pour protéger les organes du bas-ventre des changements brusques de température.

Avec ces moyens, les malaises sont allés en diminuant et les forces sont allées en augmentant jusqu'au huitième mois de la grossesse. Vers cette époque, la malade a remarqué un phénomène curieux. Ainsi, toutes les fois que son mari la voit, elle rend un liquide abondant par la vulve. Comme il

s'agit d'une femme fort intelligente, j'insiste pour savoir s'il ne s'agirait pas des mucosités vaginales, tout au plus mêlées au sperme, mais la malade dit qu'elle rend chaque fois plus d'un verre de liquide transparent, légèrement coloré. Il s'agit par conséquent d'une hydrorrhée intermittente. Probablement l'eau se ramasse entre l'œuf et la matrice pour ne sortir qu'au moment où l'utérus, excité par le coït, se contracte et fait sortir le liquide au dehors.

Je palpe le ventre de la malade et ne trouve rien de particulier : le fond utérin est à trois doigts au-dessus du nombril et le fœtus en première position du vertex O. J. G. A. Par le toucher vaginal, je constate que le col utérin est encore assez gros et long, ce qui confirme la petitesse du bassin. Je ne puis cependant pas atteindre le promontoire, et par conséquent on attendra les neuf mois sans inconvénient.

Les choses en étaient là lorsque, pour des affaires de famille, cette dame a dû se rendre à son pays natal, et c'est là qu'elle est accouchée le 16 juin, c'est-à-dire quinze jours après la neuvième époque cataméniale. C'est une sage-femme qui a assisté la malade. Le travail, quoique n'ayant duré que six heures, a été très-douloureux. C'est la nature qui a tout fait.

L'enfant, qui était un garçon, est né vivant et a été confié à une nourrice sur lieu. Quant à la mère, elle a tardé à se remettre, et ce qui l'a le plus fatiguée, ce sont de fortes céphalalgies venant le soir et la nuit à type tierce, c'est-à-dire un jour oui et l'autre non. Ces névralgies ont fini par disparaître spontanément. Quant à l'enfant, il est mort deux mois et demi après la naissance.

Mme B. avait perdu beaucoup de sang huit jours après l'accouchement, et quinze jours durant les lochies avaient été abondantes. Enfin le mieux était venu. Le retour de couches a eu lieu à six semaines juste.

Le 21 août, cette dame vient à Paris, et je suis surpris de la trouver pâle, maigre, d'une faiblesse telle à ne pouvoir ni marcher ni même se tenir longtemps debout. Elle perd toujours des mucosités purulentes par le vagin, presque tous fruits de l'expectation pendant le travail et ses suites chez un sujet où l'atonie générale et locale demandait l'in-

tervention la plus hâtive et la plus intelligente. Je conseille à la malade des prises de rhubarbe, pour corriger la constipation tout en tonifiant l'intestin; je prescris aussi de la poudre de quinquina mélangée au sous-carbonate de fer, le repos du corps et des organes génitaux, le régime animal et la tranquillité de l'esprit. Par ces moyens, en effet, Mme B. a fini par se remettre.

OBSERVATION CCXCIV.

Pluripare. — Retour de couche au bout d'un mois. — Indispositions commençant à la première époque cataméniale qui suit la fécondation. — Toux réflexe. — Heureux effets des préparations iodées. — Le lombago pendant la grossesse. — Menace d'accouchement prématuré. — Le développement de l'utérus suivant l'âge de la grossesse. — L'obésité contrariant le diagnostic. — Congestions utérines. — La prédiction du sexe de l'enfant. — Accouchement à la demi-époque cataméniale, entre le neuvième et le dixième mois. — Petites manœuvres abrégeant le travail. — Naissance d'une fille dont le volume dépasse le terme. — La délivrance retarde là où le travail a été très-prompt. — Moyen de savoir quand le placenta est encore adhérent. — Les noyaux dits fibrineux du placenta. — Tranchées et crampes les jours suivants. — Fièvre légère symptomatique, d'une faible résorption. — Action heureuse du sulfate de quinine. — Les inconvénients de se lever trop tôt. — Hémorrhagie. — Guérison.

Mme D..., depuis son dernier accouchement (voy. obs. CCXXIV), s'est bien remise, et le retour de couche est arrivé au bout d'un mois pour continuer les mois suivants, c'est-à-dire que si, comme je l'ai fait remarquer tant de fois, on tient compte des congestions cataméniales de la grossesse, on voit que, chez cette femme, l'accouchement et le retour de couche n'ont fait qu'une de ces époques.

La mensuration ne serait assurément pas venue si tôt ni si régulièrement si la malade avait nourri son enfant; mais elle l'avait confié à une nourrice de la campagne.

Tout allait bien lorsque Mme D... voit encore, pour une dernière fois, ses règles, du 1er au 8 septembre 1861; et de ce moment date le commencement d'une quatrième grossesse. En effet, à l'époque cataméniale d'octobre, loin

de voir le sang revenir, elle a été prise de nausées et de vomissements, qui ont continué par la suite, sans empêcher la malade de faire tous les jours son travail pénible de la Halle.

Dans les premiers jours de décembre, aux malaises ordinaires s'est ajoutée une toux sèche, opiniâtre. On m'appelle le 2 du mois, et ici il me faut décider d'abord s'il y a grossesse, puis remédier aux accidents.

La malade ayant un embonpoint qui approche de l'obésité, le palper seul ne donne pas grand'chose ; mais en pratiquant simultanément le toucher vaginal et le palper, je finis par trouver un utérus dont le fond dépasse les pubis, et qui peut être ballotté facilement entre la main externe et la main interne.

La grossesse n'offrant pas de doute, les malaises et la toux elle-même venaient expliqués. La congestion cataméniale ajoutait à la souffrance utérine, aussi je prescris une potion à l'iodure de potassium ioduré (100 gr. véhicule, 4 gram. d'iodure de potassium, 10 gouttes de teinture d'iode).

Une seule potion a suffi à guérir la toux et à soulager les autres malaises. La malade allait bien, lorsque le 15 mars 1862, en soulevant un fardeau, elle a été prise subitement de lombago. Effrayée, elle me fait appeler, croyant faire une fausse couche; mais je la rassure, et le lombago a été guéri au bout de 9 jours, à l'aide de quelques sédatifs.

Le 9 avril, Mme D... est prise subitement de malaises et de douleurs avec durcissement du ventre, sans diarrhée ni perte de sang. Le 10, je la vois à midi, et voici ce que je trouve. Le fond utérin, la femme étant couchée sur le dos, dépasse le nombril de trois travers de doigt, ce qui semblerait indiquer une grossesse de sept mois et demi passés, tandis qu'elle date seulement de sept mois ; mais ici il faut faire la part du tissu adipeux. L'enfant est en première position du vertex, O. J. G. A. Évidemment il s'agit ici d'une congestion utérine, aussi je prescris le repos, les cataplasmes synapisés aux bras et des quarts de lavements laudanisés.

Ces moyens ont bientôt calmé les malaises, et, à cette occasion, la malade prédit avec insistance qu'elle doit accoucher d'une fille et non d'un garçon. Je lui demande les motifs

de sa croyance, et elle répond qu'elle a vomi plus qu'aux garçons, qu'elle a dans le côté droit du ventre, une douleur qu'elle a eue aux grossesses de filles seulement; elle s'arrête à la raie noire du ventre et à d'autres signes de ce genre dont je ne fais pas de cas, quoique la prédiction se soit avérée.

La neuvième époque cataméniale aurait dû apporter l'accouchement entre le 1er et le 8 juin 1862, et il y a eu des malaises, en effet, à ce moment. Le travail, cependant, n'a commencé que le 18 juin, c'est-à-dire à la demi-époque cataméniale, entre le neuvième et le dixième mois.

Quoique ressentant les mouches, Mme D... est allée, comme d'habitude, à la Halle dès quatre heures du matin, pour ne rentrer qu'à onze heures et demie, et les douleurs se faisant plus vives, on m'appelle à une heure après midi.

A mon arrivée, je trouve que les contractions sont à trois ou quatre minutes d'intervalle. Je sens par le palper que le siége fœtal est en haut et le dos à gauche, O. J. G. A ; mais l'obésité d'une part, et la contraction utérine de l'autre, m'empêchent de bien suivre le tronc, et surtout de bien percevoir la tête. Le toucher vaginal trouve en effet la tumeur céphalique dans l'excavation. Le col utérin est encore un peu épais, mais offrant une dilatation de 5 centimètres de diamètre. La poche bombe, et je la déchire à une heure dix minutes. Je relève ensuite la lèvre antérieure du col ; j'abaisse le plancher et la tête arrive bientôt à la vulve. J'ai dû plutôt la retenir ici que je n'ai dû la pousser, et le tronc a été littéralement lancé au dehors (1 heure 25 minutes).

L'enfant est une fille dont les dimensions (3,800 grammes) indiquent, en effet, qu'elle a dépassé le terme. A peine si elle grogne, tant elle a peu souffert.

Après avoir constaté la rétraction utérine, je commence à une heure trente-cinq minutes à faire des tractions légères sur le cordon avec la main droite, pendant qu'avec la gauche j'appuie sur le globe utérin, à l'extérieur, et je sens, soit à la traction soutenue, soit aux plus petites secousses, que le mouvement est perçu facilement par la main externe, preuve que le placenta est adhérent. Du reste, la chose n'est pas extraordinaire, sachant que l'accouchement a été très-prompt,

et que le décollement du délivre n'a encore pu avoir lieu. A une heure quarante minutes, je renouvelle la traction, et cette fois, le délivre suit. Le placenta offre un volume en rapport avec l'enfant, et sur sa surface fœtale, il présente un noyau jaunâtre, grand comme une forte amande aplatie. J'enlève ce noyau, ce qui est assez facile, et en l'examinant, je reconnais qu'on peut le diviser par couches minces concentriques. On a appelé ces noyaux fibrineux, croyant qu'ils étaient le résultat de caillots dont la matière colorante était résorbée ; mais il est désormais démontré pour moi que ce sont des îlots de caduque où la partie utérine et la partie réflexe ont fini par s'adosser si bien, que quelquefois le centre représente une cavité remplie de sérosité.

Je donne à la malade 2 grammes de seigle en trois paquets, et lui serre le ventre avec une ceinture.

Soit effet spontané, soit effet du seigle, le fait est que, dans le reste de la journée, il y a eu des tranchées vives qui se sont propagées jusque dans les jambes, et la malade, pour les soulager, s'est levée et a marché comme on marche pour faire passer les crampes des mollets. Ces douleurs ont eu lieu surtout dans la jambe gauche. Enfin, est survenue une grande transpiration et de fortes envies d'uriner. Pour satisfaire ces envies, la femme se lève aussi, tant elle est peu fatiguée.

Je la vois à huit heures trois quarts du soir, et je lui trouve le visage rouge, pouls à 80. Les tranchées sont calmées, et l'utérus rétracté est à un doigt sous le nombril. Bouillons, potage.

Dans la nuit, les tranchées reprennent un peu, et le 19, la malade est bien. Pouls à 72. L'enfant a été mis au sein d'une voisine en attendant qu'une nourrice de la campagne vienne le chercher.

A quatre heures de l'après-midi, les tranchées reprennent pour durer jusqu'à sept heures, et, cette fois, on ne peut plus les mettre sur le compte des paquets de seigle ; on ne peut pas non plus les attribuer aux contractions utérines nécessitées par l'expulsion des caillots, parce que la malade avait rendu quelques caillots à midi, et n'en avait revu, ni pendant, ni après les tranchées. Nuit bonne.

Le 20, je trouve la malade en bon état. Pouls à 76. Ventre souple et indolore. L'utérus est plus petit et plus profond, sans être plus douloureux. Café au lait, potages.

A quatre heures du soir, les tranchées reprennent; de plus, il y a des frissons suivis de céphalalgie, et peut-être d'un peu de fièvre; car la nuit, la malade a transpiré. Les seins qui étaient flasques hier sont tendus aujourd'hui et expliquent la fièvre pour les assistants.

Le 21, au matin, la malade est bien, quoique le pouls soit à 80, et que l'utérus soit plus sensible à la pression. Evidemment le travail de réparation de la muqueuse utérine ne se fait pas sans irritation. L'haleine n'est pas fétide, et l'état général, comme l'état local, n'inspirent aucune inquiétude. Je me borne à prescrire quelques injections pour emporter les lochies, qui sont assez fétides. La langue étant patineuse, j'ordonne 15 grammes d'huile de ricin. Tisane nitrée et embrocations d'huile camphrée sur les seins.

On me présente la nourrice, qui est une mère de sept enfants qu'elle a nourris, sans compter un poupon. Le dernier enfant a seize mois; elle vient seulement de le sevrer, ce qui ne me rassure pas beaucoup, quoiqu'il y ait encore du lait en abondance dans les seins. Cette nourrice, du reste, paraît appartenir à une famille prolifique et ayant des aptitudes pour nourrir; car elle a cinq frères et cinq sœurs qui ont eu beaucoup d'enfants. Ses sœurs surtout ont excellé à allaiter leurs propres produits et les enfants des autres.

Je vois la malade à quatre heures et demie de l'après-midi pour m'assurer de ce qu'elle éprouve, et je la trouve tout à fait bien. A peine si le laxatif lui a donné quelques coliques, et la matrice paraît être moins douloureuse. Pouls à 80. Potage, poulet, eau rougie.

Le 22 au matin, de bonne heure, la céphalalgie reprend et a pour siége exclusif le haut du front; elle n'a été ni précédée, ni suivie de frisson ou de fièvre. A ma visite, je trouve le pouls à 80, et outre la céphalalgie, je constate qu'il y a sécheresse de la langue, haleine aigre, sans odeur lochiale. On dirait qu'il y a eu une légère résorption; mais comme rien n'est grave, je ne m'en préoccupe pas.

A neuf heures du soir, arrive un frisson suivi de chaleur

haliteuse, et la céphalalgie s'est renforcée pour ne cesser qu'avec la sueur.

Le 23, je trouve la malade en bon état ; mais ce qu'elle me raconte me fait admettre en effet une légère résorption ; aussi je prescris une potion de 100 grammes, où je fais mettre un demi-gramme de sulfate de quinine. Quelques cuillerées de cette potion ont suffi à conjurer le redoublement du 23. Nuit excellente.

Le 24, je trouve la malade en si bon état que, malgré ma défense, elle est en train de se lever. Le pouls, cette fois, est à 64. Je fais continuer la potion malgré cela.

Le 25, à une heure du matin, il y a un peu de céphalalgie, suivie de chaleur aliteuse, mais plus faible que dans les autres accès. La potion a été continuée jusqu'au 27, quoique rien ne soit survenu.

Le 28, l'enfant et la nourrice sont partis pour la campagne, et l'émotion de la mère a fait qu'il y a eu une légère réapparition de sang ; mais ce qu'il y a de plus curieux est que le retour de couche a reparu le 23 juillet, c'est-à-dire au bout d'un mois, et il a continué les mois suivants, comme si la femme n'était pas accouchée. Il est vrai que cette dame, d'une corpulence et d'une santé peu communes, se donne beaucoup de mal à la Halle, où elle est employée. Le retour de couche du 23 juillet fut tellement abondant, que la malade dut se coucher pendant trois jours. Aux menstruations suivantes, la perte n'a pas dépassé les proportions de la menstruation ordinaire.

OBSERVATION CCXCV.

Primipare. — La menstruation ne varie guère dans les diverses contrées du centre de l'Europe. — Les malaises de la première époque cataméniale dénonçant la grossesse. — Bizarreries des envies et des répulsions. — L'auscultation induisant en erreur pour reconnaître le sexe de l'enfant. — Accouchement un peu retardé. Ses causes. — Spasmes nerveux bizarres pendant le travail. — Arrêt de la tête sur le détroit inférieur rétréci. — Les petites manœuvres ne pouvant pas surmonter de grands obstacles. — Le léniceps fait écarter les ischions. — Naissance d'une forte fille. — Diverses lésions anatomiques du placenta. — Variété

de la tension des seins chez les grandes et les petites femmes. — Guérison de la malade sans fièvre. — Le retour de couche au bout d'un mois.

Mme F., native d'Anvers et habitant Paris depuis dix-huit ans, boulevard Sébastopol, est une femme d'intérieur âgée de dix-neuf ans, de taille au-dessus de la moyenne et bien proportionnée. Quoique d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une peau blanche, elle est cependant d'une constitution saine. Elle n'a eu en fait de maladies qu'une fluxion de poitrine.

Réglée à quatorze ans et demi, elle a continué de voir tous les mois pendant huit jours sans souffrance, mais en retardant toujours de quelques jours; c'est-à-dire que, quoique d'un pays du nord, la menstruation a été chez elle aussi précoce et active que si elle était née dans le midi de l'Europe. Mariée le 29 juin 1861, Mme F. s'est bien portée et ses règles ont continué jusqu'au mois de septembre, où elles ont coulé pour la dernière fois du 8 au 15, comme d'habitude.

Dans le reste du mois de septembre et les premiers jours d'octobre, Mme F. n'a rien senti de particulier; mais dès le 8 de ce dernier mois, loin d'avoir les prodromes des règles, elle a commencé à ressentir des malaises. Les jours suivants il y a eu des nausées et des vomissements qui se sont prolongés jusqu'à l'époque cataméniale de novembre. Ainsi voilà un cas qui vient confirmer la règle établie par moi et qui veut que ce ne soit pas tant la fécondation que la congestion cataméniale qui soit la cause des phénomènes dits sympathiques; cependant, chose curieuse, les phénomènes du côté de l'estomac ont cessé dès le mois de novembre pour ne plus reparaître jusqu'à la fin de la grossesse. En revanche, il y a eu des phénomènes bizarres du côté de la volition. Ainsi Mme F. a eu souvent l'envie d'oranges, qu'elle a satisfaite, et des répulsions fort curieuses. Elle n'a pas pu sentir l'odeur d'une pommade dont elle se servait avec plaisir; elle a eu tellement en horreur un tricot en laine qu'elle destinait à sa mère pour le jour de sa fête, qu'elle n'a pas pu le terminer. Bien des fois elle s'est fait violence, sachant qu'on ne doit pas s'arrêter aux caprices de la grossesse, et chaque

fois qu'elle prenait ce travail en main, elle avait des malaises qui allaient jusqu'aux nausées si elle ne le déposait pas. Elle a attribué d'abord cet effet au frôlement opéré par la laine contre ses mains et s'est contentée de déposer le tricot dans un coin; mais la vue seule de ce travail, la simple pensée suffisait pour lui donner des nausées. Il lui a fallu le cacher de manière à ce qu'elle ne pût pas le voir de longtemps.

J'ai vu cette dame quand elle était grosse de huit mois, et je l'ai trouvée si bien portante, ayant un teint si frais, qu'on ne la dirait pas enceinte. Elle a, du reste, tellement d'appétit, qu'elle est obligée de manger en dehors des repas. En lui palpant le ventre, je constate qu'elle porte un enfant situé en première position O. J. G. A. J'ausculte le cœur de cet enfant, et il donne 120 pulsations par minute, ce qui semblerait indiquer un garçon, mais nous verrons qu'il s'agissait d'une fille.

La neuvième époque cataméniale correspond entre le 8 et le 15 juin 1862, et à ce moment, j'ai vu cette dame, mais je n'ai rien trouvé eucore de bien préparé. Le fond utérin est à quatre doigts au-dessus du nombril et la tête fœtale commence à s'engager dans le détroit supérieur du bassin, ce qui, avec une taille avantageuse, semble indiquer une grossesse qui n'est pas à terme. C'est le 24 juin que le travail a commencé, on pourrait dire à la demi-époque cataméniale, entre le neuvième et le dixième mois, ou en comptant le retard habituel de la menstruation, ici ce serait la neuvième époque, de 32 jours chacune. La grossesse se prolonge du reste assez souvent chez les femmes d'une taille avantageuse et dont le bassin est spacieux, au moins dans ses parties supérieures.

On m'appelle auprès de la malade le 24 à 1 heure après midi, et je trouve que les contractions sont à cinq minutes d'intervalle; la tête fœtale est dans l'excavation, et le col utérin, déjà effacé, offre une dilatation de 2 centimètres de diamètre. A 2 heures moins 10 minutes, je perce la poche des eaux. Le col se portant en arrière, je le redresse, soit en l'accrochant avec le doigt, soit en portant extérieurement le fond utérin de droite à gauche.

Le travail se poursuit régulièrement; cependant, la malade offre bientôt un phénomène nerveux singulier. Ses bras sont pris d'un spasme qui les agite et qui force la malade à écarter largement tous les doigts. Comme on appelle ordinairement crampes ces sortes de phénomènes, je demande à la malade si elle a des douleurs dans l'avant-bras, je porte moi-même la main sur ces régions et je ne trouve pas les muscles durs sous la pression. Ainsi, dans les membres supérieurs comme dans les inférieurs, le point douloureux n'est pas le siége de crampe (contraction vive et douloureuse des muscles). Ces spasmes des membres se propagent quelquefois à tout le corps et font que la femme se roule involontairement encore plus que par suite de la vivacité de la douleur. La chaleur, dans le cas actuel, peut être une des causes de l'agitation, car la température est fort élevée; aussi je tâche de la mitiger en rafraîchissant la femme par le moyen d'eau appliquée sur la face et donnée en boisson.

La tête fœtale est bientôt arrivée sur le plancher. Ici j'ai abaissé les tissus à l'aide de deux doigts appuyés sur la paroi inférieure du vagin, et cette manœuvre m'a permis de vider artificiellement le rectum. La tête cependant n'avance pas davantage, malgré les obstacles que j'écarte. Je fais chevaucher la lèvre antérieure du col sans plus de résultat, les contractions elles-mêmes se rendent plus rares et moins énergiques, quoique la malade les aide par des efforts volontaires. Moi-même j'accroche avec la pulpe des doigts l'occiput, qui est sous l'arcade pubienne; j'essaye de pousser la tête d'arrière en avant en appuyant sur l'espace ano-coccygien, sans être plus heureux. On voit évidemment que la tumeur céphalique est arrêtée par des obstacles osseux formés dans le détroit inférieur du bassin. Ayant attendu en vain jusqu'à deux heures et demie, et voyant au contraire que la tête fœtale commençait à se couvrir d'une bosse sanguine, j'ai glissé les branches du léniceps sur les côtés de cette tête sans découvrir la malade et sans même qu'elle se soit doutée que je me servais d'autre chose que de mes doigts.

Cette fois, aux premières contractions, je fais deux tractions, même modérées, qui font avancer la tête au-devant des os formant le détroit inférieur. Il ne restait plus qu'à lui

faire franchir les parties molles. Ce résultat si facile tenait-il à la résistance du périnée ou à celle du coccyx, comme on l'a dit souvent ? Certainement non, puisque j'abaissais le plancher sans que la tête suivît, et la femme était trop jeune pour laisser croire à une résistance du côté de la saillie coccygienne. La résistance ne provenait que des ischions un peu trop rapprochés et que la tête fœtale, par les efforts naturels ne pouvait écarter, tandis que la chose a été facile en y ajoutant l'action du léniceps.

Pour préserver les parties molles d'une déchirure, je retiens la tête d'une main, tandis que de l'autre je la pousse lentement par des pressions périnéales, de manière qu'elle a franchi la vulve sans entamer la fourchette (3 heures 10 minutes).

Cette tête est si forte qu'à ce signe seul on croirait avoir affaire à un garçon. Comme l'occiput reste toujours en avant, je voudrais faire artificiellement la rotation des épaules. J'essaye de saisir une aisselle, et mes doigts sont arrêtés, tant le détroit inférieur est serré sur le cou de l'enfant. Enfin la rotation s'est faite spontanément, l'occiput à droite, quoiqu'il s'agisse d'une première position et qu'il n'y ait pas de tours de cordon au cou de l'enfant. C'est seulement après la rotation que j'ai pu saisir l'aisselle postérieure et extraire les épaules par un mouvement de spirale, de manière à les faire sortir en travers.

Quelle n'est pas ma surprise lorsqu'au lieu d'avoir affaire à un garçon, comme tout semblait le prédire, j'ai sous les yeux une forte fille dont le poids (3,945 grammes) indique qu'elle a dépassé le terme. Elle est bien portante.

La délivrance a eu lieu quinze minutes après moyennant de petites tractions. Le placenta, quoique à un degré faible, offre deux lésions qui ne sont pas rares. Il présente sur la surface fœtale un noyau jaunâtre à texture légèrement fibreuse, et que je considère, pour mon compte, comme un îlot de caduque épaissie. Sur la surface utérine du placenta, au contraire, on remarque plusieurs points gris jaunâtres qui se prolongent dans le parenchyme de manière à former des noyaux séparés les uns des autres par du tissu sain. La division de ces noyaux montre qu'ils sont formés par des co-

tylédons atrophiés et dégénérés en tissu fibreux infiltré de graisse. Enfin, sur cette même face utérine, le placenta offre un noyau gros comme une fève et rempli d'un magma couleur chocolat. C'est là un foyer apoplectique qui date de quelques semaines, ou tout au moins des jours qui ont précédé le travail.

Après avoir remis la malade dans son lit de repos, je lui serre le ventre avec une ceinture et je prescris deux grammes de seigle en trois paquets, dont deux seuls ont été pris.

Le reste de la journée du 24 est bien pour la mère; l'enfant, à laquelle on avait donné de l'eau sucrée, a beaucoup vomi.

Le 25, la malade est très-bien; pouls à 80. L'utérus est rétracté, et de deux doigts au-dessous du nombril. Potages. L'enfant est confiée à une nourrice de la banlieue de Paris pour qu'elle l'élève au sein.

Le 26, Mme F. est on ne peut mieux; pouls à 72. L'utérus est à trois doigts sous le nombril. La malade est surprise de ne pas sentir ses seins se distendre; mais en les examinant, je les trouve cependant un peu plus développés que la veille. Je fais observer à cette dame que là où les glandes mammaires ont une large poitrine pour se développer, elles sont souvent moins douloureuses que là où elles manquent d'espace, quoique cependant elles soient bien distendues par du lait.

Le 27, pas de fièvre, quoique les seins soient plus gonflés et un peu plus sensibles; mais je suis surpris de sentir l'utérus à un doigt du nombril. Je palpe l'hypogastre et je trouve la région vésicale bombée par une quantité d'urine que je fais évacuer; aussi, à l'instant même, l'utérus a baissé de deux travers de doigt et plus. Potage, côtelette, eau rougie.

Le 28, la malade prend une limonade Rogé à 40 grammes de sel, qui procure plusieurs selles, seulement dans l'après-midi. Dès ce moment, cette dame est entrée en convalescence.

Le retour de couche est arrivé juste le 24 juillet, un mois après l'accouchement, et a duré huit jours comme la menstruation ordinaire. Dans le mois d'août, le sang a commencé à couler le 15, mais en moindre quantité. L'accouchement et

ses suites avaient si peu influé sur la santé et les forces de cette femme, qu'elle avait été toujours aussi fraîche qu'une demoiselle.

Il ne devait pas en être de même de son enfant, laquelle dépérissant chez la première nourrice, on lui en avait donné une autre, et malgré cela elle a fini par succomber au bout de huit mois. Aujourd'hui, 20 janvier 1870, cette dame en est encore à désirer un enfant; il est vrai que depuis sa couche, les forces sont allées un peu en dépérissant, par suite d'une anémie assez rebelle aux toniques et aux reconstituants.

OBSERVATION CCXCVI.

Multipare. — La fécondation pendant l'écoulement menstruel. — Phénomènes insolites dès le début de la grossesse. — Que signifient les varices au début et à la fin de la gestation ? — Valeur relative des signes rationnels et des signes dits sensibles. — La toux et autres phénomènes réflexes. — Utilité des préparations iodées. — Epoque des premiers mouvements fœtaux. — La congestion utérine et son traitement. — Purpura insolite et autres indispositions rendant la grossesse maladive. — Version céphalique spontanée. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — Diversité du siége des douleurs du travail, leurs causes, leurs effets. — Les vraies et les fausses eaux. — Cordon au cou de l'enfant. — Avantage des petites manœuvres. — Naissance d'une fille vivace. — Les noyaux dits fibrineux du placenta et la poche amnio-choriale. — Les tranchées utérines portant sur la vessie. — Erreurs vulgaires sur le sexe fœtal comme cause de ces douleurs. — Les frissons et la céphalalgie sans fièvre. — Volume de l'utérus servant de contrôle dans les suites de couches. — Prompt rétablissement de la malade.

Après ses dernières couches, Mme G. (v. obs. CCXVII) s'est bien remise, et les règles s'étaient rétablies comme d'habitade, lorsque a commencé la présente grossesse, qui est la cinquième.

La menstruation a paru pour la dernière fois du 26 au 29 septembre 1861, c'est-à-dire que pendant l'écoulement, Mme G. a vu son mari (le 29), et au lieu de continuer durant cinq jours comme d'habitude, le sang se serait arrêté aus-

sitôt, n'ayant coulé par conséquent que trois jours. C'est ce qui a fait présumer à cette femme que la fécondation datait du jour même de la suppression. En effet, dès les premiers jours d'octobre, cette femme a commencé à maigrir, à avoir des nausées et des vomissements, puis est survenue de la toux sèche; enfin elle a vu gonfler les varices de sa jambe gauche, ce qui a été pour elle une confirmation de grossesse avant même que les règles aient manqué du 26 au 30 octobre suivant.

Tous ces signes réunis formaient en effet une grande présomption, quoique n'établissant pas une certitude. Il faut même distinguer leur valeur relative pour mieux juger l'ensemble. Ainsi la cessation de l'écoulement menstruel, suite d'un coït, a été considérée depuis longtemps comme un signe à peu près certain de fecondation, et la chose serait admissible s'il n'y avait eu qu'un coït, ce qui n'a pas eu lieu, du moins, dans le cas actuel; il est, au contraire, plus démontré pour moi que de pareils troubles indiquent souvent une ovulation naturellement suivie de fécondation lorsqu'il y a rapprochement sexuel. Les anciennes idées scientifiques ayant passé dans le vulgaire, on a pratiqué le coït pendant l'écoulement menstruel pour féconder la femme stérile, mais les cas où ce procédé a réussi sont exceptionnels à côté du nombre immense des cas dans lesquels on a échoué, parce que chaque menstruation ne s'accompagne pas d'ovulation. Les autres signes présomptifs observés chez Mme G., pris isolément, n'avaient pas non plus de signification, si ce n'est le grossissement des varices à la jambe gauche, qui avait ici une valeur réelle.

La lecture de ce que cette femme a offert dans les grossesses précédentes et l'état de cuisinière qu'elle exerçait avant la grossesse actuelle ne rendent pas surprenante la présence des varices pendant la gestation; mais c'est plus tard ordinairement que grossissent les veines aux jambes, comme à la vulve et aux parois abdominales; c'est lorsqu'elles résultent de la compression que l'utérus gravide exerce sur les veines iliaques quand il gagne le grand bassin. Pareille cause ne peut pas être invoquée pendant le premier mois, comme la chose a eu lieu ici; seulement, il faut se rappe-

ler qu'outre la veine iliaque, d'autres veines du membre inférieur pénètrent dans le petit bassin par le trou ischiatique, par le trou sous-pubien et par-dessous l'arcade pubienne. On conçoit donc aisément que dans les cas où le bassin est rétréci et les veines hypogastriques développées, l'utérus, dès le premier mois de la gestation, soit assez gros pour gêner un peu la circulation veineuse des membres inférieurs. La présence du rectum à gauche explique aisément aussi pourquoi la stase veineuse s'est montrée ici à la jambe gauche plutôt qu'à la droite.

Aux symptômes précédents s'est ajoutée la toux, ce qui a porté la malade à me consulter le 24 novembre. Les signes que je viens de rapporter étaient déjà pour une grossesse; je cherche à les confirmer par d'autres moyens de diagnostic. Ainsi les mamelons des seins sont rouges et quelques tubercules sont disséminés dans les aréoles. Le palper abdominal employé seul ne permet pas de sentir la tumeur utérine en pressant au niveau du détroit supérieur et si bas qu'on pénètre dans l'excavation. Le toucher vaginal trouve la matrice dans sa position normale ; le col est dur, le corps est facilement senti en avant sur une petite étendue comme s'il y avait antéversion, sans même que l'utérus fût gravide. Une chose cependant que je remarque est que quand je veux faire basculer la matrice en poussant le col en divers sens, je trouve que cet organe est plus lourd qu'à l'état de vacuité. J'essaye de limiter cet utérus entre les doigts dans le vagin, et la main opposée sur l'hypogastre, sans pouvoir produire de ballottement bien marqué. Si par le même procédé je circonscris en avant du col les parois abdominales, j'en limite cependant l'épaisseur entre les deux mains. Tout dit qu'il y a grossesse, mais le toucher même, combiné avec le palper, n'est pas décisif. Si j'avais pu atteindre le corps utérin en arrière du col ou sur les côtés, j'aurais jusqu'à un certain point confirmé son augmentation de volume; mais la chose n'était pas possible. On voit que le globe utérin devait être plus en rétroversion qu'il n'en montrait l'apparence, car s'il était en antéversion, comme la chose a lieu le plus souvent, j'aurais pu produire le ballottement entre les deux mains.

Quant à la toux de la malade, je la considère comme un

phénomène réflexe de la souffrance utérine venant surtout de la congestion cataméniale. Elle a de particulier qu'elle est sèche et qu'elle offre une quinte le matin au lever de la malade, et une quinte le soir à cinq heures. J'ordonne à cette dame une potion de 120 grammes de véhicule dans lequel je fais mettre 3 grammes d'iodure de potassium.

Cette potion a procuré de l'appétit et du sommeil ; elle a même fait diminuer la toux et les vomissements, sans cependant les faire disparaître ; mais à l'époque cataméniale de décembre, de nouveaux malaises arrivent. Il y a grossissement plus prononcé des varices vulvaires, et des hémorrhoïdes. Le 26 de ce mois il y a même écoulement d'un peu de sang par la vulve, sans que la malade se soit plus mal trouvée.

A l'époque cataméniale de janvier 1862, nouveaux malaises, et la toux, qui avait disparu, reprend, ce qui me fait ordonner encore la potion à l'iodure de potassium avec addition de quelques gouttes de teinture d'iode. Les premiers mouvements fœtaux se sont fait sentir le 6 février pendant que la malade était au lit, ce qui, d'après le jour auquel la malade rapporte la fécondation, faisait quatre mois et huit jours de grossesse.

Les malaises indiqués ci-dessus continuant malgré la préparation iodée, j'ordonne des sinapismes aux membres supérieurs pour décongestionner la matrice et les environs. Si l'état ne s'améliore pas, je me propose même de faire une petite saignée du bras.

Les synapismes, le repos et la potion, ont en effet bientôt soulagé la malade, sans que j'aie eu besoin de tirer du sang. Je ne me préoccupe même plus de la recrudescence de l'époque cataméniale de février ; mais dans les premiers jours de mars, un nouveau phénomène arrive. C'est une éruption anomale de purpura sur tout le corps. J'examine la jambe gauche qui est variqueuse, et je la trouve énorme ; la peau qui couvre les nodosités vasculaires est tellement amincie qu'elle semble menacer de se rompre. J'ordonne la station horizontale et un bas lacé. Craignant que la masse du sang ne laisse à désirer, j'ordonne du vin de quinquina, qui a été fort utile dans le cours du mois de mars. Dès le milieu d'avril,

les malaises recommencent; poids au bas-ventre, anorexie, céphalalgie, névralgies dentaires dès que la malade essaye de manger; enfin les vomissements recommencent.

Le 23 avril, cette dame vient me voir, et je trouve l'état général assez bon; seulement, la peau des divers points du corps offre encore les restes de l'éruption; ce sont des macules, les unes tout à fait pâles, les autre rougeâtres, et les autres encore bronzées. Ces macules sont, les unes grandes comme une lentille, les autres comme un haricot ou comme une fève, et en passant le doigt dessus, on sent, dans quelques-unes, que le niveau de la peau y est plus élevé qu'ailleurs. La plupart de ces taches sont disséminées, sans ordre, d'autres sont circinées, c'est-à-dire disposées en arc de cercle, et toutes causent de légères démangeaisons, ce qui donne à cette éruption un caractère singulier. Les varices n'ont pas pris plus de développement dans la jambe et la cuisse gauches, attendu le bas lacé; mais elles se sont bien plus développées à la vulve. La jambe et la cuisse droites sont au contraire dépourvues de dilatations veineuses. Je palpe le ventre et je trouve le fond utérin dépassant à peine le nombril, ce qui indique une grossesse de six mois révolus. Je sens aussi en haut une partie fœtale dure et mobile qui me paraît être la tête. Il s'agirait par conséquent d'une présentation des pieds, et la malade sent en effet les mouvements fœtaux en bas. Les choses peuvent changer; mais déjà la présentation pourrait expliquer jusqu'à un certain point les nombreux malaises chez cette femme. Je lui conseille de revenir aux sinapismes et à la potion iodurée, me réservant de surveiller la présentation fœtale pour faire la version céphalique.

Depuis ce moment, la malade a été mieux, et, chose curieuse, les varices, même dans la jambe gauche, ont diminué. Les hémorrhoïdes ont presque disparu. D'après les observations de la femme, les mouvements fœtaux, au lieu de se faire en bas comme auparavant, se font désormais en haut et à droite, ce qui indiquerait une première position du sommet O. J. G. A. C'est en effet ce qu'a confirmé le palper, le 9 mai. La version céphalique s'est par conséquent opérée spontanément vers le 1er mai.

A ce moment, l'éruption a complétement disparu; l'état

général est bon; il ne reste que quelques douleurs névralgiques se montrant en divers points du corps et surtout du tube digestif (estomac, dents), et que j'ai calmées par les pilules dont je me sers habituellement (10 cent. sulfate de quinine, et 20 cent. pâte de cynoglosse).

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 26 et le 29 du mois de juin, et dès le 21, la malade commence à perdre des eaux sans avoir de douleurs. Le 22, je suis appelé, et je ne trouve pas encore de travail déclaré. L'enfant est toujours en première position, et la tête commence à s'engager dans le détroit supérieur. Malgré cela, les varices du membre gauche ont presque disparu. Le 30, les malaises augmentent, et le 1er juillet, dans l'après-midi, commencent les mouches. Appelé à dix heures du soir, je trouve le col utérin effacé avec une dilatation 3 de centimètres de diamètre. La tête fœtale est déjà dans l'excavation; mais les contractions ne sont encore qu'à une demi-heure d'intervalle; aussi je me retire, et la femme va se coucher.

On m'appelle à six heures et demie après minuit, et cette fois je trouve la dilatation presque complète. Les contractions sont à cinq minutes d'intervalle, mais la malade me fait faire des remarques que j'ai dû noter. Ainsi elle dit avoir, tantôt des coliques et tantôt de véritables douleurs d'enfantement. Elle appelle colique une douleur qui varie de siége, quoique se produisant toujours dans l'utérus, le plus souvent en haut ou à droite. Ce qu'elle appelle la véritable douleur a, au contraire, pour siége le bas-ventre; elle est plus intense et plus étendue que la précédente. Pour me rendre un compte exact du phénomène, je place la main gauche sur l'abdomen, et deux doigts de la droite dans le vagin. Je constate ainsi que dans la douleur dite colique, il y a contraction circonscrite de l'utérus sur le point correspondant. C'est la main extérieure seule qui constate le fait; le col et l'œuf lui-même ne transmettent pas de sensations aux doigts vaginaux. Pendant la douleur proprement dite, l'utérus entier se contracte, le col se tend, et l'œuf est poussé en bas. Je constate en même temps que, malgré la perte antérieure des eaux, les membranes sont intactes; aussi je les perce à sept heures vingt minutes.

Les contractions se font alors plus fortes, et les efforts volontaires venant en aide, la tête s'avance. Je relève la lèvre antérieure du col, j'abaisse le plancher, je fais la flexion artificielle de la tête, et l'extension se fait bientôt spontanément, malgré la présence d'un tour de cordon au cou. Comme ce tour n'est pas serré, je ne m'en suis pas préoccupé, et après la rotation des épaules, l'occiput à gauche, je saisis l'aisselle postérieure et extrais le tronc (7 heures 50 minutes).

C'est une fille bien vivace, offrant un développement ordinaire (3,225 grammes). La délivrance a eu lieu quelques minutes après, moyennant de légères tractions sur le cordon. Le placenta est sain, si ce n'est qu'il offre sur la surface fœtale quelques noyaux appelés fibrineux, et que je suis porté à considérer comme autant d'îlots de caduque épaissie. La poche amnio-choriale existe ici dans presque toute son étendue, aussi il peut se faire que les fausses eaux aient résulté de la rupture du chorion, et que, pendant le travail, je n'aie eu à rompre que l'amnios.

Je donne à la malade un gramme et demi de seigle et lui mets une ceinture autour du ventre. Le reste de la journée est excellent. Il y a eu seulement quelques tranchées qui donnaient à la femme aussi l'envie d'uriner. Potages, bouillons.

La nuit aurait été parfaite sans la continuation des tranchées ; et à ce sujet, la malade, suivant des croyances vulgaires, veut rattacher ses douleurs au sexe de l'enfant. Ainsi elle n'aurait pas eu de tranchées à son premier accouchement, qui était d'une fille, pas plus qu'à son second, qui était d'un garçon. Elle en aurait eu au troisième, qui était d'une fille, et n'en aurait pas eu au quatrième, qui était d'un garçon. Enfin elle en aurait à ce cinquième accouchement, parce qu'il est d'une fille. Je prescris du laudanum pour ces tranchées, à la dose de 8 gouttes, par la bouche, et 14 en lavement. Malgré cela, les douleurs continuent encore le 3. Le pouls, du reste, est toujours resté à 68, et la matrice s'est tellement rétractée, que son fond est à cinq doigts sous le nombril et à trois doigts au-dessus du pubis.

Le 4, les tranchées ont diminué ; pas de fièvre. La nourrice n'étant pas encore arrivée, Mme G... donne le sein à son enfant, et contrairement à mon avis, elle se lève même

pendant le temps qu'on fait son lit. Le 5, le mieux se prononce, et je fais donner à la malade une côtelette. La nourrice emporte l'enfant à la campagne pour l'élever au sein.

Dans la nuit, la malade dit avoir eu un léger frisson, sans avoir ressenti ni chaleur, ni céphalalgie, ni soif. Le 6, du reste, je trouve le pouls à 72. J'ordonne un laxatif.

Dans l'après-midi, il y a un peu de céphalalgie, et la malade l'attribue à un orage qui vient d'éclater. Nuit excellente, et le 7, la malade est parfaitement. Pouls à 64. Je cherche à déterminer le volume utérin, qui paraît être très-petit ici, et par une pression méthodique, je parviens à trouver qu'il a trois doigts depuis le pubis jusqu'au fond, et quatre doigts dans son diamètre transversal, y compris bien entendu l'épaisseur des parois abdominales. Les seins ici ont peu gonflé et ont coulé à mesure qu'ils se sont distendus. Le 9, la malade était convalescente.

OBSERVATION CCXCVII.

Multipare. — Les congestions et les hémorrhagies cataméniales pendan la grossesse. — Flueurs blanches, leurs causes. — Bizarreries pathologiques de la grossesse, dépendant surtout du système nerveux. — La hauteur de l'utérus et des parties fœtales pour diagnostiquer l'âge de la grossesse ; exception à la règle. — Epoque précise des mouvements fœtaux. — Inconvénients des corsets. — Accouchement à la neuvième époque cataméniale. — La boule hystérique et autres phénomènes spasmodiques pendant le travail. — Rapport de ces phénomènes avec la contraction utérine.—Suspension et reprise du travail.—Avantages des petites manœuvres. — Circulaires du cordon au cou. — Naissance d'un garçon vivant. — Kystes sanguins et autres lésions du placenta. — Les tranchées utérines et le seigle ergoté. — Le travail réparateur de la muqueuse utérine, se faisant avec irritation mais sans fièvre. — Les tranchées primitives et secondaires, leur extension au loin de l'utérus. — Phénomènes nerveux bizarres arrêtés par le sulfate de quinine. — Guérison de la mère malgré ses imprudences. — Retour de couches à six semaines. — Malaises des nouveau-nés promptement réparés.

Mme T..., depuis son dernier accouchement (voir observation CLXXXIII), s'est très-bien portée jusqu'au commencement de la grossesse suivante, qui est la quatrième.

Les règles ont paru, pour la dernière fois, du 2 au 5, ou 6 septembre 1861, et quoique cette suppression fît soupçonner une grossesse, Mme T... n'en continuait pas moins à marcher à pied, en voiture, à danser, et même elle s'amusait à frotter le parquet de sa chambre à coucher, lorsque du 8 au 10 décembre, elle fut prise de malaises comme si ses règles allaient venir. Elle vit en effet un suintement sanguinolent qui dura deux jours et cessa spontanément. On me pria d'aller le 12 voir cette dame, et je la trouvai assez bien. Le sang ayant reparu après avoir cessé un mois, pouvait mettre en doute la grossesse, et j'ai proposé de m'en assurer par le toucher vaginal, mais cette dame s'est refusée à mon examen. C'est la suite seule qui a confirmé l'état de gestation, et l'hémorrhagie, à l'époque cataméniale, n'indiquait qu'une excessive congestion utérine, suite de la manière de vivre surtout de madame.

La confirmation de la grossesse, du reste, ne l'a pas fait changer ; ainsi la vie active du monde lui va trop pour qu'elle y renonce. Elle a porté son corset jusqu'à la fin des grossesses précédentes, et n'entend pas y renoncer à celle-ci. De plus, elle remarque, dès le quatrième mois, qu'elle a beaucoup de pertes blanches aux époques cataméniales, et elle en a surtout après chaque approche de son mari. Le 26 février 1862, quoique ce ne soit pas une époque cataméniale, Mme T... commence à sentir les premiers mouvements fœtaux. Ce qui étonne la malade, c'est qu'elle sente ces mouvements, dès le début, forts et presque douloureux. Sans doute le fœtus, pouvant avoir à ce moment cinq mois au moins, devait jouir d'une certaine force; mais il faut dire aussi que l'exaltation de la sensibilité utérine pouvait être pour beaucoup dans les sensations maternelles. A ce moment, du reste, il y a aussi de la diarrhée, et le 3 mars, j'ai ordonné, pour l'arrêter, du sous-nitrade de bismuth.

La suite de la grossesse a été passable, si ce n'est que le développement de la matrice a offert des particularités dignes de remarque. Ainsi, le 3 avril, ayant cherché à déterminer le développement de l'utérus, je trouve le fond de cet organe à deux doigts au-dessus du nombril, tel qu'il doit être dans une grossesse de sept mois. Le fœtus que j'examine au pal-

per se tient en première position du vertex O. J. G. A., et à gauche du nombril il y a, sur l'étendue de 4 ou 5 centimètres carrés, une hypéresthésie très-marquée de la peau. A la fin d'avril, surviennent des douleurs de reins, de la toux quinteuse et sèche, des nausées et des odontalgies. On m'appelle dans les premiers jours de mai, et comme il s'agit d'une époque cataméniale, je rassure la malade. Outre les indispositions qui précèdent, je constate une sensibilité exagérée de l'utérus qui confirme la congestion; mais ce qui me surprend, c'est que l'utérus n'a guère augmenté de volume depuis un mois; ainsi son fond est toujours à deux doigts du nombril. Deux causes seules pouvaient expliquer le fait : ou le fœtus avait plongé la tête dans l'excavation pour laisser l'utérus s'affaisser, ou bien une cause morbide avait arrêté le développement de ce fœtus. La sensibilité du ventre et le mauvais vouloir de la malade, m'ont empêché de m'assurer par le palper ou par le toucher vaginal, si la tête plongeait complétement dans l'excavation; j'ai dû par conséquent rester dans le doute.

Pour diminuer la congestion utérine et ses conséquences, j'ordonne le repos et des synapismes aux bras, mais je ne crois guère que la malade ait suivi ces conseils, pas plus qu'elle n'a pris une potion calmante ordonnée par moi pour calmer son excès de sensibilité.

Le 22 mai, je pratique le palper chez cette dame, et je trouve toujours l'utérus à peine élevé de plus de deux doigts au-dessus du nombril. Cette fois, le ventre étant moins sensible, la malade me permet de bien pratiquer la palpation et de reconnaître que la tête fœtale, quoique engagée dans le détroit supérieur, est encore accessible, preuve qu'elle ne plonge pas entièrement dans l'excavation. La crainte d'une cause qui contrarierait le développement du fœtus augmentait, quoique l'auscultation trouvât les pulsations cardiaques assez énergiques.

Dans les derniers jours de mai, je trouve Mme T... assez souffrante : diarrhée, odontalgie, démangeaisons vulvaires. Je trouve le fond de l'utérus, à trois doigts au-dessus du nombril, quoique le palper trouve la tête fœtale presque dans la fosse iliaque gauche; le tronc est parfaitement recourbé vers

la droite, de sorte que je crains une mauvaise présentation qu'il faudrait rectifier. Le toucher vaginal confirme ces craintes, car il ne permet pas d'atteindre la tête, et trouve le col utérin gros et encore long.

La neuvième époque cataméniale correspondait du 2 au 5 juin, et c'est le 4, dès le matin, que les mouches commencent.

Appelé à neuf heures dix minutes, je trouve la malade déjà couchée sur le lit de misère, ayant des douleurs vivement accusées. Ce qui intrigue le plus cette dame, c'est qu'une constriction de la gorge arrivant à chaque douleur, lui ôte la respiration et l'empêche de crier. C'est la boule hystérique, phénomène réflexe de la contraction utérine, et à neuf heures vingt minutes, il y a de plus une attaque convulsive (tremblements et mouvements désordonnés des membres et du tronc, visage animé, cris, pleurs), en un mot, une attaque hystérique des mieux caractérisées.

Avant l'arrivée de l'attaque, j'avais pu pratiquer le toucher vaginal, et j'avais trouvé le col utérin effacé et largement dilaté. Pour calmer cet état spasmodique, je propose l'usage de l'éther ou du chloroforme, et la malade ne veut pas en entendre parler. Comme on avait sous la main de l'eau de fleurs d'oranger, j'en administre par grandes cuillerées dans un peu d'eau sucrée.

A dix heures et demie, la malade étant un peu plus calme, je perce la poche des eaux après m'être assuré, par le palper et le toucher, que la tête reposait bien sur le détroit supérieur. O. J. G. A.

Quelques bonnes contractions font bientôt descendre cette tête dans l'excavation. Je fais chevaucher le col, et si les contractions continuaient, la tumeur céphalique aurait aussitôt franchi la vulve ; mais elles s'arrêtent tout à coup, et à leur place, la malade accuse des bouffées de chaleur.

A 11 heures et demie, le travail reprend, la matrice se contracte faiblement d'abord, puis assez énergiquement. J'abaisse alors le plancher du bassin avec les doigts explorateurs, pendant que je soutiens le fond utérin au dehors par le moyen d'une douce pression opérée avec la main gauche. Dès que la tête a franchi le détroit inférieur du bassin, j'ai

opéré la flexion et l'extension artificielles. A midi précis, cette tête franchissait la vulve.

Ayant alors passé le doigt le long du cou, j'ai trouvé qu'il était entouré d'un tour de cordon que j'ai pu dégager. J'ai fait ensuite la rotation des épaules en accrochant l'aisselle gauche que j'ai portée en arrière, puis à droite de la femme, et ai extrait l'enfant en continuant le mouvement de spirale.

C'est un garçon dont le développement ne semblerait pas dire qu'il est à terme (2,800 grammes); mais il est assez vivace. La délivrance a été opérée quelques minutes après, moyennant de petites tractions sur le cordon, et ayant trouvé dans le peu de développement fœtal la confirmation de mes observations, j'en ai cherché la cause dans le délivre même.

Les membranes n'offrent de particulier que leur adhérence sur tous les points, de manière à ne pas permettre la séparation entre le chorion et l'amnios. Le placenta est petit pour une grossesse à terme, et sain en apparence sur la surface utérine; mais à sa surface fœtale, il offre une tumeur remarquable. C'est une poche flasque, ayant 8 centimètres de diamètre, et faisant au-dessus de la surface placentaire une saillie de 3 centimètres. Elle part de la racine du cordon pour s'étendre sur une partie du placenta offrant partout une couleur bleuâtre.

En la disséquant, je lui trouve d'abord une première enveloppe, c'est l'amnios, puis une seconde plus épaisse, c'est le chorion à la surface duquel rampent des vaisseaux qui vont aux cotylédons placés plus loin. Enfin j'ouvre le kyste qui contient : 1° de la sérosité sanguinolente; 2° un caillot rouge libre et d'aspect récent; 3° un caillot plus noir et plus terne adhérant à la paroi placentaire du kyste. Enfin, le placenta offre tout autour un cercle fibreux assez prononcé, et quelques noyaux d'un gris jaunâtre épars dans son parenchyme. Pour examiner ce délivre avec encore plus de soin, je l'ai emporté chez moi, et voici ce que j'ai trouvé en examinant les tissus avec des loupes de forts grossissements.

Les caillots offrent à la loupe comme à l'œil nu, l'aspect fibrineux uniforme : les noyaux montrent le tissu compacte des cotylédons placentaires passés à l'état fibreux et envahis

par la graisse. Ces lésions rendent compte, par conséquent, du peu de développement du fœtus.

Je donne à la malade un demi-gramme de seigle ergoté, et comme il y a des tranchées, je n'en donne pas d'autre. — Ceinture.

Le reste de la journée est bon ; l'enfant a une nourrice sur lieu. Dans la soirée, le pouls remonte à 80 ; mais c'est ce que j'appelle la période spasmodique encore plus que la fièvre. La nuit aurait été excellente sans les tranchées, et le 5, je trouve la malade on ne peut mieux. La matrice rétractée est à trois doigts sous le nombril, pouls à 64. Potages. Nuit bonne, quoiqu'il y ait eu des tranchées. J'avais prescrit quelques gouttes de laudanum par la bouche, mais que la malade n'a pas prises. Ces tranchées ne se bornent pas au bas-ventre, elles se propagent dans les membres et engourdissent tout le corps.

Le 6, au matin, je trouve la malade fatiguée, quoique n'ayant pas de fièvre (pouls à 64), et quoique le bas-ventre soit indolore. Ce dont la malade se plaint le plus, est une douleur névralgique temporo-frontale du côté droit. Les seins ne sont pas distendus. Je fais administrer un lavement évacuant, pour faire prendre après un quart de lavement laudanisé ; enfin, je fais mettre sur le ventre des cataplasmes arrosés avec le même narcotique.

Dans la journée, il n'y a pas de fièvre, mais le globe utérin, sur les côtés surtout, se fait douloureux. La malade ressent toujours plus ou moins sa névralgie temporo-frontale, et ne la sent pas du tout pendant et peu après la tranchée utérine. Deux remarques résultent de ceci, c'est que si la névralgie de la tête était à ce moment un phénomène réflexe de la souffrance utérine, elle aurait augmenté avec la contraction douloureuse ; enfin la persistance des tranchées et la sensibilité utérine sous la pression, montrent que le travail réparateur de la muqueuse de cet organe s'accompagne d'irritation, quoique la malade n'ait pas tout à fait la fièvre (pouls à 72).

Le 7, je trouve que la malade a passé une bonne nuit ; les seins seuls sont un peu douloureux à cause de leur tension ; les tranchées ont cessé. Frictions huileuses sur les seins ; et

comme la malade ne veut pas prendre de nitre dans sa tisane, j'ai proposé du sirop de digitale ou autre diurétique qu'elle a également refusé. A peine si j'ai pu la faire purger le lendemain avec 20 grammes d'huile de ricin. En attendant, dans l'après-midi et la nuit, il survient quelques tranchées ainsi que des odontalgies.

Le 8, la purge fait effet, et pour parer aux névralgies de l'après-midi, la malade prend, après la purgation, trois pilules composées chacune de 10 centigrammes de sulfate de quinine, et 1 centigramme 1/2 d'extrait gommeux d'opium. Potages. Les tranchées reparaissent, mais plus faibles.

Le 9 au matin, la malade ne se plaint ni de ses tranchées, ni de ses névralgies de la tête, mais elle est sous le coup d'un spasme général. Impatiences, sueurs, rires, pleurs, etc. Cependant le pouls est calme (68 puls.). Cette fois, la malade n'a de douleur qu'un serrement épigastrique, preuve que le plexus solaire est le siége principal de la névropathie. Je fais continuer les pilules.

Dans l'après-midi, la névralgie temporo-frontale reparaît et, chose curieuse, elle vient exactement toutes les demi-heures, et dure une demi-minute exactement, comme le faisaient les tranchées utérines.

Le 10, la malade est mieux; on cesse les pilules. Les seins continuant à être gonflés, le 11, je donne une purge laquelle fait reparaître un instant les lochies sanguinolentes qui avaient cessé. Le 12, le 13 et le 14, tout va bien; mais le 15, à la suite d'une contrariété, il y a une forte attaque de nerfs qui a bientôt disparu pour laisser la malade convalescente.

L'enfant avait aussi présenté des malaises; il a été souvent grognon; il est pâle et ne profite pas, quoique tétant sans vomir et sans avoir de diarrhée. Après la chute du nombril, la plaie a tardé à se cicatriser, et le 16 elle saigne. J'ordonne de petits bains généraux, et sur la plaie je fais mettre une décoction de feuilles de noyer, ce qui suffit à mettre cet enfant en bon état.

Tout allait bien lorsque le 9 juillet Mme T... me fait appeler pour me dire qu'elle se trouve depuis quelques jours très-fatiguée, avec des douleurs au bas-ventre et des pertes blanches très-abondantes. Comme c'est l'époque cataméniale,

je ne m'y arrête pas. J'ordonne quelques bains généraux, du vin de quinquina et le repos des organes génitaux, qui paraît n'avoir pas été strictement observé après l'accouchement. C'est le 16 juillet que le retour de couche est arrivé, c'est-à-dire juste au bout de six semaines, et le sang coule si fort, que le 19 on me fait appeler. Je constate qu'outre l'écoulement abondant, il y a céphalalgie et engorgement d'un lobe de la glande mammaire gauche. J'ordonne pour le sein une pommade à l'onguent gris belladonné et des cataplasmes émollients; pour l'hémorrhagie, une potion avec un gramme d'ergotine, et cela suffit à tout faire rentrer dans l'ordre au bout de peu de jours.

OBSERVATION CCXCVIII.

Primipare. — Les dangers de la femme artiste. — Dysménorrhée aggravée par le coït. — Chloroanémie améliorée par la gestation. — Pendant combien de temps peut-on cacher une grossesse? — Les déplacements éloignent tout soupçon. — Les grandes et les petites villes. — Grossesse un peu prolongée. — Accouchement troublé par de petits accidents. — Lenteur de l'avancement de la tête fœtale, ses causes, — Léniceps. — Rétrécissement du détroit inférieur du bassin. — Utilité des petites manœuvres obstétricales. — Naissance d'un garçon bien portant. — Dégénérescence fibro-calcaire du tissu qui sépare les cotylédons placentaires. — La ceinture autour du ventre, ses avantages. — Les tranchées et la sensibilité locale. — Quand peut-on se dispenser de donner le seigle préventif? —Résorption sans accidents graves. — Les moyens thérapeutiques rétablissent promptement la femme. — Retour de couches à six semaines.

Mlle L. B., est native d'Amiens, où elle a habité jusqu'à l'âge de quinze ans; puis elle est allée au Havre, et là elle a été bientôt, engagée comme figurante, enfin comme artiste au théâtre de cette ville.

Cette demoiselle, âgée de dix-neuf ans, est de taille moyenne, de tempérament lymphatico-nerveux, et d'une constitution saine. Elle n'a jamais été malade.

Réglée à quinze ans, elle a continué de voir tous les mois pendant quatre à six jours, avec peu de souffrance d'abord;

mais après quelques années, elle avait, avec cet écoulement, de très-vives coliques. Il y a eu des pertes blanches avant la puberté, moins après.

Son physique agréable, qui avait contribué à la position d'artiste, rendait avec cette position même la vie trop exposée, pour que Mlle L. B. n'ait succombé bientôt, et loin de soulager les souffrances de la menstruation, le coït ne faisait que les aggraver.

Les dernières règles ont apparu du 14 au 17 novembre 1861, et leur absence, les mois suivants, ont été les seuls signes de la grossesse. A peine s'il y a eu quelques nausées et quelques défaillances au début. Cette demoiselle, qui était habituellement un peu pâle et maigre, a gagné depuis sa grossesse de la fraicheur et de l'embonpoint, comme la chose a lieu souvent lorsque la chloro-anémie précède la grossesse. Cet état a permis à Mlle L. B. de jouer sur la scène avec le meilleur succès, jusqu'à cinq mois passés de gestation, sans que personne se soit même douté de sa position.

Lorsqu'elle a cru qu'elle pouvait être mise en suspicion, Mlle L. B. a commencé par laisser de l'aisance a ses habillements, et enfin elle a quitté le Havre en disant qu'elle allait prendre de l'engagement à Paris. Ce stratagème a très-bien réussi pour tout son entourage, et c'est ce qu'il y avait de mieux à faire pour une petite ville, tandis que pour une ville comme Paris, il m'est arrivé d'accoucher des femmes à quelques pas de leur propre habitation, sans que l'entourage et la famille s'en soient même douté.

Mlle L. B. habitait Batignolles, où elle recevait souvent le père de son enfant qui venait du Havre pour la voir. C'est au mois de juillet 1862 que cette femme vint me voir pour me prier de l'assister dans sa couche. Je me contente d'explorer le ventre au palper, et je trouve qu'elle porte un enfant en première position du vertex O. J. G. A. Tout allant bien, je n'ai rien à prescrire.

La neuvième époque cataméniale correspondait entre le 14 et le 17 août, et à cette époque, en effet, il y a des menaces; la tête fœtale, du reste, est déjà dans l'excavation ; mais c'est le 26 août 1862 seulement, que les mouches commencent dans la soirée.

Comme je n'étais pas dans la maison, et attendu la distance qui me séparait de la malade, je suis arrivé auprès d'elle seulement à deux heures du matin, le 27. Je trouve à mon arrivée que les contractions utérines sont déjà à cinq minutes d'intervalle. Le col effacé offre une dilatation de 5 centimètres de diamètre dans son ouverture; en un mot, tout semble devoir se terminer bientôt.

Je fais préparer le lit de misère où je fais coucher la malade, et à deux heures trois quarts, je perce la poche des eaux. Le liquide sort en abondance tout d'abord, et il continue de sortir à chaque contractien utérine, surtout si j'essaye de relever le col pour le faire chevaucher par-dessus la tête fœtale.

Ce petit incident prouvait déjà que, quoique descendue depuis longtemps dans l'excavation, cette tête était loin de s'appliquer convenablement sur le col. En effet, les contractions se suivent sans que la tumeur céphalique s'avance. Bien plus, à trois heures, il y a des nausées et des vomissements.

Soit cause, soit effet, le fait est qu'après ces vomissements les contractions se ralentissent et le travail traîne en langueur. A trois heures trois quarts, je fais lever la malade pour tâcher de réveiller les contractions; mais la marche fait couler le reste des eaux, et la malade a de petites défaillances qui la forcent à se coucher. D'un autre côté, la tête fœtale n'avance pas.

Je me suis demandé à quoi pouvait tenir cet arrêt de la tête, et du côté de l'enfant on aurait pu soupçonner une brièveté du cordon; mais il n'y avait ni douleur locale de l'utérus, ni dépression en cul-de-sac. La tête restait immobile pendant la contraction, de sorte que l'idée du cordon devait être écartée.

Du côté de la mère, le détroit supérieur et l'excavation étaient spacieux, la vessie et le rectum étaient vides, de sorte que le détroit inférieur du bassin seul pouvait opposer obstacle. L'immobilité de la tête fœtale pendant la contraction, et surtout l'angustie où se trouvaient les deux doigts explorateurs entre les ischions tendaient à prouver que là était en effet l'obstacle qui arrêtait la tumeur fœtale. Je conseillai

à la malade de faire des efforts volontaires pendant la contraction utérine; de mon côté, je fais chevaucher le col, j'abaisse le plancher du bassin, je soutiens par une douce pression le fond utérin à l'extérieur pendant la douleur, pour l'empêcher de se relever en se contractant; mais rien n'y fait; le fœtus ne fait plus de mouvements actifs, et le bruit de souffle est si intense que je ne puis pas me faire une idée exacte de la force des bruits cardiaques de l'enfant pour apprécier le degré de la souffrance; aussi, à quatre heures et demie, je me décide à appliquer le léniceps, que la malade demandait, du reste, depuis bien des moments.

Trois tractions, faites avec l'instrument pendant la contraction utérine, ont suffi à faire passer la tête à travers le détroit inférieur, c'est-à-dire que la force déployée avec un instrument qui ne diminue pas de volume par la pression a fait écarter les ischions. Cette force n'avait pas été grande, mais elle était indispensable.

Une fois que la tête a eu franchi les os pour distendre le périnée, j'ai retiré l'instrument et me suis rendu maître des mouvements par l'extension artificielle. En effet, la sortie de la tête à travers la vulve a été si bien ménagée, qu'il n'y a pas eu la plus petite déchirure de la fourchette.

La tête de cet enfant, forte et sans cheveux, une fois sortie, reste l'occiput en avant. Je glisse les doigts le long du cou pour m'assurer qu'il n'y a pas de tours de cordons, et voyant que la rotation des épaules ne se fait pas, j'essaye de la faire artificiellement. Quelle n'est pas ma surprise lorsque, voulant accrocher l'aisselle gauche de l'enfant qui est à la gauche de la mère, je ne le puis pas tant l'arcade pubienne est rétrécie. Il m'a fallu chercher l'aisselle gauche en la prenant par derrière. Cette aisselle saisie, je l'ai portée en avant, puis tirant dessus, j'espérais extraire les épaules; mais la chose n'a pas été possible; il m'a fallu reprendre l'aisselle postérieure à l'aide de laquelle j'ai pu extraire les épaules et le tronc fœtal.

C'est un garçon bien portant, et dont le développement (3,650 grammes), indique en effet une grossesse un peu prolongée. Ce n'est pas la première fois, du reste, que je constate

l'influence qu'exerce le rétrécissement du détroit inférieur sur la prolongation de la grossesse.

Dix minutes après, j'extrais le délivre moyennant quelques tractions soutenues sur le cordon. J'examine le placenta, et je le trouve volumineux en proportion de l'enfant. Il offre de particulier que le tissu lamellaire, placé entre les cotylédons, n'est pas seulement hypertrophié et fibreux, il offre des cordons incrustés de sels calcaires qui rampent sur la surface utérine, et qui pénètrent dans le parenchyme même du placenta.

Je serre le ventre de la malade avec une ceinture, et renvoie à la levée du jour pour aller chercher le seigle ergoté. La mère, placée dans son lit de repos, n'a pas tardé à s'endormir, et l'enfant qui suçait déjà son pouce, a eu du lait coupé.

On donne le seigle ergoté, 1 gramme en deux fois, dès que le pharmacien a été levé, et cette poudre a réveillé des tranchées, qui sont revenues parfois dans la journée, sans être très-fortes. La présence des tranchées chez une primipare est assez rare, et peut-être les coliques de la menstruation y avaient prédisposé. Dans ces cas, par conséquent, on pourrait s'abstenir de donner le seigle préventif.

Je revois la malade dans la matinée même du 27, et je la trouve bien ; cependant elle réclame de l'air, de l'air tant elle étouffe de chaleur ; aussi je fais ouvrir pendant quelques instants la croisée. N'ayant pas la patience de rester sur le dos et immobile, cette malade demande la permission de se tourner et de se déplacer dans son lit, chose qui eut été imprudente sans la ceinture ; mais une fois les organes abdominaux immobilisés par un large bandage de corps, je permets ces mouvements. L'utérus, ici, du reste, est très-bien rétracté. Le pouls est à 80, et cette petite agitation générale tient à la période spasmodique qui suit le travail, aussi je ne m'en préoccupe pas. Bouillons, potage.

Le reste de la journée et la nuit sont bons. Le 28 au matin, je trouve la malade en bon état. Pas d'accidents généraux, seulement il y a eu des tranchées qui ont laissé une sensibilité marquée du bas ventre en dehors même de la douleur passagère. Cette sensibilité est surtout apparente quand on presse sur le globe utérin, sur les ligaments ronds

et sur les ligaments larges. J'aurais conseillé du laudanum si les tranchées continuaient, tandis qu'elles avaient cessé au moment de ma visite, Je prescris de larges injections vaginales pour emporter les lochies qui sont fort odorantes. Je flaire l'haleine de cette femme, et je sens que la respiration même a quelque chose de la fétidité lochiale. Evidemment une légère résorption s'est faite, et cependant il n'y a pas de symptômes généraux inquiétants. Le reste de la journée et la nuit n'ont pas été plus mauvais.

Le 29, je trouve la malade un peu moins bien. Pouls à 96 ; il y a de la céphalalgie ; la malade est agacée, sans qu'il y ait eu de frissons et sans qu'il y ait ni de chaleur fébrile ni de douleur abdominale. A peine si le ligament large droit conserve la sensibilité de la veille; le reste est moins douloureux à la pression. Les seins sont encore flasques, et l'haleine surtout conserve une fétidité très-marquée, quoique les injections aient fait diminuer la putridité des lochies. Craignant de plus graves accidents, j'ordonne l'ipéca stibié suivi de la potion quinique habituelle, sans discontinuer les potages gras et l'eau rougie pour boisson. Les vomissements ont un peu fatigué la malade ; mais dans le reste de la journée et la nuit, elle est mieux.

Le 30, je trouve le pouls à 80, le visage est calme et l'abdomen indolore ; le fond utérin est à trois doigts au-dessous du nombril ; la céphalalgie a disparu, et, cependant, l'haleine est encore un peu fétide ; les seins sont encore plats. Je fais continuer la potion quinique et le régime. La journée a été meilleure, et le soir, les seins ont même commencé à gonfler; de sorte que le 31, je trouve que tout va bien. Pouls calme. Je fais cependant continuer encore la potion quinique. De ce moment a daté la convalescence de cette femme, qui n'a pas tardé à se remettre. L'enfant a été confié à une nourrice des environs de Paris. Après l'accouchement, cette femme avait continué de perdre un peu en blanc, parfois même un peu en rouge; mais le vrai retour de couches n'est venu que du 13 au 15 octobre. Le 6 novembre, cette demoiselle vient me faire ses adieux pour aller reprendre la scène; elle se porte assez bien pour pouvoir dire qu'elle n'a même pas accouché.

OBSERVATION CCLCIX.

Primipare. — Symptômes rationnels d'albuminurie sans la bouffissure du visage. — Impuissance de l'homœopathie dans ces cas. — Phénomènes convulsifs à huit mois arrêtés momentanément par les moyens ordinaires. — Le coma de l'éclampsie peut être confondu avec d'autres états analogues. — Maladresse de la famille funeste à la malade. — Comment on entend mal le respect qu'on se doit vis-à-vis d'un homœopathe. — Mort de la femme encore enceinte. — Accouchement forcé promptement exécuté, mais sans pouvoir sauver ni la mère, ni l'enfant. — Précautions à prendre dans l'emploi de la version podalique. — Léniceps. — Doit-on préférer en ce cas l'opération césarienne? — Enseignements à tirer de ce cas pour le mode d'intervention dans les cas d'albuminurie et d'éclampsie.

Le 2 septembre 1862, j'ai été appelé en consultation rue du Bouloi, pour voir Mme M..., qui était soignée par le docteur R., médecin de la famille.

C'est une femme d'intérieur, âgée de 25 ans, de taille moyenne, d'un tempérament lymphatique et d'une assez bonne constitution. Mariée depuis près d'un an, elle avait atteint le huitième mois de sa grossesse sans incommodités notables. Comme cela arrive souvent chez les femmes antérieurement chloro-anémiques, elle avait même gagné de la force pendant la gestation, mais depuis une dizaine de jours, tout avait changé.

Ainsi, sans offrir ni gonflement des jambes ni bouffissure du visage, sans avoir de fièvre, cette dame a été prise de malaises avec céphalalgie et perte de l'appétit. Le médecin traitant, qui pratique l'homœopathie, a commencé par lui administrer les moyens qu'emploie en pareil cas ce mode de médication, et il a donné successivement l'aconit, la belladone, la brione, etc., sans obtenir de soulagement; bien au contraire, la douleur de tête est allée en s'aggravant; à l'anorexie a succédé la gastralgie, enfin le délire, la fièvre, et des mouvements convulsifs ont porté ce médecin à craindre une méningite.

Voyant les moyens homœopathiques sans effet, il a alors employé les moyens ordinaires, et à trois reprises il a fait

mettre des sangsues derrière les oreilles, il a fait mettre de la glace sur la tête et a administré du calomel. Il a donné ce dernier d'abord à doses réfractées, puis à doses purgatives, c'est-à-dire jusqu'à 50 centigrammes par paquet, sans obtenir des selles. Si on a voulu avoir des évacuations, il a fallu donner des lavements purgatifs. Dans la journée du 1er septembre, on avait appliqué des synapismes aux membres sans grand soulagement; à peine si les convulsions et le délire avaient cessé, pour faire place au coma. Voici, du reste, en quel état se trouvait la malade le 2 au matin, au moment de ma consultation:

Couchée sur le dos dans la prostration complète de la tête, du tronc et des membres, cette femme est dans l'assoupissement le plus absolu, de manière à ne pas montrer la moindre sensibilité quand on la pince. Le visage est tant soit peu animé, et le pouls fébrile. Il y a un peu d'écume à la bouche, et les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre.

L'utérus, par son élévation à près de quatre doigts au-dessus du nombril, dénote en effet une grossesse de huit mois. Par le palper, je reconnais qu'il y a un fœtus situé en deuxième position O. J. D. P, et l'auscultation me laisse percevoir les pulsations cardiaques de ce fœtus. J'examine le col utérin et je le trouve encore long, preuve qu'il n'y a pas eu de contractions utérines.

Depuis plus de 24 heures, il n'y a pas eu de convulsions; à peine les yeux exécutent parfois des mouvements latéraux cloniques; d'autres fois ils restent fixes pendant quelques minutes, et la pupille est dilatée. J'essaye de faire boire la malade, et elle n'avale pas; le voile du palais restant appliqué sur la base de la langue, le liquide, après avoir rempli la bouche, reflue en avant. Je sonde cette femme pour recueillir les urines, et après les avoir examinées, j'y trouve une très-grande quantité d'albumine.

Le médecin traitant étant présent, je lui fais part de ma manière de voir, c'est-à-dire que je voyais moins ici une méningite qu'un état comateux, suite d'éclampsie, causée elle-même par l'albuminurie. Pouvait-on, du reste, avoir une autre opinion? Certes, si, sans connaître les précédents,

on eût trouvé cette femme dans l'état où elle était, on aurait pu se demander si elle était sous le coup d'une hémorrhagie cérébrale, d'une attaque d'épilepsie touchant à sa fin, ou même d'une ivresse poussée à l'extrême ; mais les renseignements effaçaient tous les doutes. Dans tous les cas, il y avait les symptômes les plus évidents d'une forte congestion cérébrale. La céphalalgie et la gastralgie auraient dû mettre sur la voie de l'examen des urines, et trouvant de l'albumine, on aurait dû insister sur les purgatifs ainsi que sur les révulsifs à la peau (frictions, bains sulfureux), tandis que je ne sais pas si les moyens homœopathiques, quoique à faible dose, n'ont pas précipité la crise nerveuse. Ce n'était pas la première fois, comme on peut le voir par cette clinique, que j'observais combien les moyens homœopathiques sont peu utiles, je dirai même nuisibles, chez la femme grosse.

Le confrère, du reste, y ayant renoncé lui-même, je n'avais pas à revenir là-dessus ; aussi je l'ai engagé à persévérer dans la méthode révulsive : synapismes aux membres trois fois par jour ; frictions sur les membres inférieurs avec de l'huile de croton tiglium, et au besoin des ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale ; continuation de la glace sur la tête et des lavements drastiques, mais surtout j'ai recommandé d'appeler aussitôt si de nouvelles convulsions survenaient, parce que, dans ce cas, il faudrait faire l'accouchement forcé pour tâcher de sauver l'enfant, tout en soulageant la mère.

Mes prescriptions ont été exécutées en partie, et la malade n'a pas paru se trouver plus mal dans le reste de la journée, non plus que dans la nuit. Le médecin traitant l'a vue le 3 au matin et a fait continuer la même médication ; mais comme le soir sont survenus des mouvements convulsifs, la famille, loin de faire demander le docteur R., a fait appeler le premier médecin du voisinage.

Ce médecin apprenant que celui auquel étaient confiés les soins ordinaires était un homœopathe, n'a pas cru, par dignité, devoir le faire appeler pour combiner avec lui. Il aurait au moins pu me faire prévenir, je n'habitais pas loin (rue Rivoli, 150) ; mais il a préféré agir seul. Il a fait

mettre encore des sangsues derrière les oreilles et employer d'autres moyens qui n'ont pas empêché la maladie de s'aggraver dans la nuit.

Le matin du 4, le médecin ordinaire va voir sa cliente, et la trouvant moribonde, il vient me chercher. J'étais en tournée pour voir mes malades, et pour être sûr de m'avoir, ce médecin m'a attendu à la porte pendant plus d'une heure. A ma rentrée, nous nous sommes bien rendus aussitôt auprès de cette femme, mais elle était morte depuis près d'une heure. Au moment de la mort, la famille avait encore appelé le médecin du voisinage, pour qu'il tâchât de sauver l'enfant par l'opération césarienne, et ce médecin déclara qu'il était trop tard.

A mon arrivée avec le docteur R. auprès de la femme, je constate en effet la mort de la mère, mais j'ai hâte de mettre l'oreille sur son ventre pour voir s'il y a encore des pulsations cardiaques chez le fœtus. Soit réalité, soit confusion avec mes propres battements artériels, je crois sentir des pulsations lointaines et je regrette de n'avoir pas mis le pouce sur ma propre radiale pour les contrôler. Que devais-je faire dans le doute? Je n'étais pas assez sûr pour pratiquer l'opération césarienne, dont le danger était très-grave pour la mère, si par cas elle était en état de mort apparente. J'ai donc préféré pratiquer l'accouchement forcé, du consentement de la famille, du docteur R. et de l'autre médecin, qu'on avait appelé aussi.

Le cadavre, une fois placé en travers sur le bord du lit, j'introduis la main droite dans le vagin, et comme le col utérin est encore long, quoique entr'ouvert, je me mets en mesure de le dilater. Pour cela, j'essaye de glisser dans son ouverture un doigt après l'autre, de manière à changer ma main en cône, mais sans pouvoir passer. J'ai alors pratiqué sur les bords de ce col de petits débridements multiples avec un bistouri courbe et tranchant seulement dans l'angle rentrant, débridements qui ont aussitôt aplani l'obstacle sans mettre la femme en danger si elle était vivante. En soutenant le fond utérin extérieurement avec la main gauche et en poussant la droite réduite en cône, j'ai pu franchir le col, déchirer les membranes, déjeter la tête fœtale à gauche et

aller saisir les pieds à droite, où le palper m'avait permis de les diagnostiquer l'avant-veille.

Une fois l'évolution faite et la moitié du tronc fœtal sortie au dehors, j'ai éprouvé quelque difficulté pour avoir le reste; ainsi, ce n'est pas seulement par la rigidité anatomique que le col retient les épaules en dedans, l'utérus tout entier, pendant ces manœuvres, se contracte au point d'être dur comme si la femme était en vie.

Il m'a fallu glisser les doigts le long du cou pour dégager le cordon d'abord, puis les bras l'un après l'autre. Après avoir légèrement imprimé aux épaules un mouvement de rotation, de manière à mettre la tête transversalement, j'ai fait de légères tractions pendant qu'un des médecins pressait extérieurement sur cette tête, laquelle est descendue ainsi dans l'excavation; mais ici elle est arrêtée par le détroit inférieur.

Quoique je ne sente pas le cordon battre sous mes doigts, je ne me livre pas à des tractions sur le cou de l'enfant qui pourraient compromettre sa vie si elle existait encore. J'aurais voulu glisser la main dans l'excavation pour pousser la tête fœtale d'arrière en avant, comme il est toujours sage de le faire; mais le détroit inférieur trop exigu ne l'a pas permis, et j'ai préféré saisir cette tête avec mon léniceps. Toutes ces manœuvres, du reste, n'ont duré dans leur ensemble que cinq minutes, et si la mère et l'enfant étaient en vie, ils n'en auraient pas beaucoup soufffert certainement.

Malheureusement, l'enfant est dans la résolution la plus absolue; le cordon coupé ne saigne pas. Un des confrères, en appliquant les doigts sur les précordes, croit sentir des pulsations. J'explore à mon tour, et je sens que ce sont les pulsations de mes propres artères. Pour convaincre le confrère, je lui fais appliquer ses doigts sur un corps un peu dur du voisinage, et il a comme moi la sensation de ses propres battements artériels.

Malgré ces craintes bien fondées, on ondoie l'enfant pour donner satisfaction à la famille, et nous tentons successivement de le réveiller par l'insufflation comme par toute sorte d'excitation, mais sans succès. Une chose ici m'a frappé, c'est de voir, pendant que je faisais l'insufflation bouche à

bouche que, quoique en fermant bien les narines de l'enfant, il m'est impossible de faire bomber le thorax. J'avais eu soin, cependant, de bien enlever de la bouche et de l'arrière-gorge tout ce qu'il y avait de mucosités; ainsi on aurait dit que les grosses comme les petites bronches étaient obstruées déjà par du liquide qui ne voulait pas se déplacer, ce qui tendait à prouver que la mort datait déjà de quelque temps. La flaccidité des muqueuses et leur état terne, du reste, confirmaient le fait, quoique l'épiderme ne se séparât pas du derme. La mère et l'enfant étaient donc réellement morts tous les deux.

Réflexions. Malgré ce triste résultat, cette observation offre plusieurs enseignements : et d'abord l'exagération de la dignité médicale à ne pas vouloir aller en consultation avec un homœopathe. Je ne suis ni le partisan ni l'ennemi de l'homœopathie, et je dis qu'il me paraît extraordinaire de voir des gens de bon sens suivre ce système s'il n'offrait pas quelque chose de bon. Aussi je ne le répudie pas d'avance, et en présence d'un médecin homœopathe, je lui dis d'agir, parce que je veux constater moi-même ses résultats. C'est ainsi que j'ai porté quelques homœopathes à se déclarer impuissants pour tel ou tel autre cas, tandis que, si j'avais refusé de les laisser agir, ils auraient toujours cru avoir raison. Je dis même plus : que s'ils avaient réussi là où les moyens ordinaires étaient restés impuissants, j'aurais accepté les médicaments homœopathiques, car pour moi tout ce qui guérit mérite de faire partie de la bonne médecine.

Un autre enseignement à tirer de cette observation est celui de revenir sur les idées de quelques accoucheurs haut placés qui repoussent l'accouchement forcé pour la femme atteinte d'éclampsie pendant la grossesse. Certes, une pareille opération faite chez la malade en question un jour auparavant, lorsque les convulsions avaient repris, n'aurait pas été plus difficile et aurait offert la chance de sauver la mère ou l'enfant, peut-être même tous les deux.

Enfin, cette observation enseigne que, avant de se prononcer sur la vie de l'enfant chez une femme morte, il faut prendre bien des précautions. Nos oreilles comme nos doigts peuvent nous donner le change pour croire à des pulsations qui dé-

pendent uniquement de nos propres artères, et le meilleur moyen d'éviter l'erreur en pareil cas est d'appliquer les doigts sur sa propre radiale pendant l'examen. Sans doute l'absence de pulsations n'est pas toujours une contre-indication pour agir; combien de fois n'a-t-on pas vu naître des enfants vivants, pendant que l'absence des pulsations les faisait croire morts? Mais il est plus heureux de trouver ces cas que d'annoncer d'avance un enfant en vie, pendant qu'il a réellement cessé de vivre, car alors on pourrait être accusé de l'avoir tué, ou de l'avoir laissé mourir sans le secours convenable.

OBSERVATION CCC.

Pluripare. — Influence du coït sur la menstruation et l'ovulation. — L'action de la grossesse sur les intestins est un phénomène réflexe. — Les gaz intestinaux au début de la gestation.—Le palper abdominal et le toucher vaginal combinés sont le meilleur moyen de diagnostic. —Hémorrhagie de la grossesse sans avortement. —Réduction de l'utérus rétroversé; ses effets immédiats. — Les malaises qui ne sont pas soulagés par les préparations iodées. — Bizarreries nerveuses. —Accouchement à la neuvième époque cataméniale.—Rupture prématurée des membranes.— Vomissements réflexes.—Travail prompt et facile, moyennant l'emploi de petites manœuvres.—Cordon autour du cou de l'enfant. — Naissance d'une fille bien portante. — Particularités du cordon et du placenta. —Quand peut-on négliger l'administration du seigle préventif? — La rétraction utérine n'est pas toujours proportionnelle à la vivacité des tranchées. — Le laudanum est le remède par excellence dans ces cas.—Fièvre éphémère qu'on pourrait prendre pour la soidisant fièvre de lait. —Le sulfate de quinine guérissant les accidents névralgiques des suites de couches.

Mlle C. A., depuis sa dernière couche (*voir* ob. CXCVIII), s'est parfaitement bien portée; ses règles étaient même revenues avec plus d'abondance qu'avant la grossesse. Son enfant, au contraire, est mort neuf jours après la naissance. Le père de cet enfant étant parti, Mlle A. C. est restée veuve pendant six mois, puis elle a fait une nouvelle connaissance, et a eu un rapprochement sexuel le 14 novembre 1861, juste au moment où ses règles venaient de finir, après avoir duré plus de quatre jours.

Le sang a repris après ce rapprochement, pour couler encore quatre jours, chose insolite. En effet, l'excitation sexuelle, après six mois de continence pouvait expliquer, jusqu'à un certain point, le retour du sang. Pour moi, au contraire, cette reprise de l'écoulement signifiait de plus une ovulation que le coït a hâtée et fécondée.

Le 18 décembre, époque cataméniale, le sang a encore reparu, mais pour deux heures seulement, ce qui, avec les nausées et autres malaises, a fait naître les soupçons d'une grossesse. Ces malaises duraient encore le 22 janvier 1862, lorsque cette femme est venue me consulter pour savoir si elle était enceinte ou non.

Aux signes rationnels qui précèdent, j'ai eu lieu d'ajouter le ballonnement du ventre et les pertes blanches survenues depuis quatre jours (époque cataméniale), chose qui n'avait jamais existé chez la malade, mais c'est aux signes sensibles que je m'arrête surtout. Ainsi, je palpe lentement et profondément le bas-ventre, la femme étant couchée, ce qui me permet de refouler d'une part le paquet intestinal en haut, et d'autre part de trouver le petit bassin occupé par une tumeur dépassant de deux doigts le bord supérieur du pubis. Cette tumeur médiane, indolore et de densité moyenne, ne peut être que l'utérus à deux mois révolus de grossesse, car la vessie est vide ici.

Pour être encore plus sûr du diagnostic, je pratique le toucher vaginal, et je trouve l'utérus en rétroversion. Le col assez long et un peu ramolli est contre le pubis. Le cul-de-sac postérieur du vagin est rempli par une tumeur mollette qui fait suite au col en angle obtus. C'est le corps utérin. Je ballotte ce corps entre la main externe et la main interne, ce qui me permet d'établir la continuité de la tumeur et de confirmer le diagnostic de la grossesse, quoiqu'elle date à peine de deux mois.

Pour soulager les malaises de la malade, je lui ordonne une potion de 120 grammes, dans laquelle je fais mettre 3 grammes d'iodure de potassium et 15 gouttes teinture d'iode à prendre à la dose de trois cuillerées par jour.

Le 23 janvier, et par conséquent avant aucune médication, la malade voit encore le sang paraître avec de légères dou-

leurs au bas-ventre et des nausées, pour lesquelles la malade ne fait rien. Le 25, comme je suis allé chez elle pour accoucher sa sœur, elle m'a parlé de ces malaises. Elle a commencé l'usage de la potion, et dit se trouver un peu mieux, sans cependant être bien. En vue de décongestionner l'utérus, j'ordonne le repos et des synapismes aux bras, que la malade n'a pas appliqués; enfin, le 28, il y a des vomissements.

Le 29, j'ai palpé le bas-ventre, et la tumeur utérine semblait être moins accessible, pendant qu'elle était bien plus douloureuse que les jours précédents. Le toucher vaginal confirmait cette sensibilité, et comme l'organe était toujours en rétroversion, j'ai opéré la réduction immédiate. Pour cela, la malade une fois couchée sur le dos, j'ai poussé en haut le fond utérin à travers le cul-de-sac vaginal postérieur, et comme l'enclavement était peu marqué, l'élévation de l'organe a été assez facile. Cela fait, j'ai continué la réduction en accrochant le col en avant pour l'abaisser et le porter en arrière, de manière à faire basculer la matrice dans le sens inverse de celui où elle se trouvait d'abord. La main gauche appuyée dessus et derrière les pubis aidait à soutenir le col pendant que je faisais basculer l'organe rétroversé.

Dans le reste de la journée du 29 et la nuit suivante, les malaises ont continué, il y a eu même de la toux incommode; mais quelle n'a pas été la surprise de la malade en se trouvant le 30 tout à fait soulagée des malaises qui la tourmentaient depuis deux mois. Ainsi plus de vomissements ni même de nausées et l'appétit revient parfaitement.

Je fais continuer malgré cela la potion iodée, mais il est évident que la rétroversion avec rétroflexion de l'utérus suffirait à produire les phénomènes reflexes dont nous avons parlé sans qu'il y eût d'enclavement bien prononcé de l'organe gestateur.

Tout allant bien, la malade n'avait plus réclamé mes conseils, lorsque le 13 août elle me fait demander, croyant qu'elle va bientôt accoucher.

En effet, les dernières règles ayant eu lieu du 14 au 18 no-

vembre, la neuvième époque cataméniale correspondait entre le 14 et le 18 août. Les contractions utérines étant éloignées d'une demi-heure et le col étant toujours long, je déclare que le travail n'est pas encore décidé. Quant à l'enfant, que j'explore par le palper, il est en première position du vertex (O. J. G. A.), et bien portant. Le 15, de nouvelles menaces se manifestent, et étant allé auprès de la malade, je constate des contractions, mais qui n'ont pas d'effet sur la préparation du col. Ces contractions, et surtout la sensibilité exagérée du col comme du corps de l'utérus, sembleraient faire croire à un peu de rhumatisme de cet organe. Du reste, des douleurs dentaires coïncidant avec les douleurs utérines confirment dans l'idée d'un état névralgique.

Le 22, et surtout le 23, les mouches ont reparu, et, comme les jours précédents elles n'avaient pas abouti, on ne s'en occupait pas, lorsque un quart d'heure après minuit les eaux ammotiques partent tout à coup.

Appelé à une heure, je constate que les contractions utérines sont déjà à 3 minutes d'intervalle. Le col, cette fois, est effacé et offre une ouverture de quatre centimètres de diamètre. A une heure un quart je retiens le col en avant pour corriger la tendance qu'il a à se porter en arrière. Ce mouvement du reste est favorisé par le redressement extérieur du corps utérin fait avec la main.

Je fais chevaucher le col sur la tête fœtale déjà engagée dans l'excavation et, à ce moment, il y a quelques vomissements aqueux qui sont arrivés du reste aussi à son premier accouchement. J'abaisse le plancher du bassin et la tête arrive bientôt à la vulve. Je la fais sortir par l'extension artificielle, et ayant aussitôt examiné le cou, j'y ai trouvé un tour de cordon que j'ai cherché en vain à faire chevaucher par-dessus le crâne. Heureusement que la tige vasculaire n'était pas si courte pour que, sous les contractions utérines et volontaires, le fœtus n'ait pu être poussé au dehors (2 heures 10 minutes).

C'est une fille bien développée (3,400 gr.) qui hésite un instant à crier mais qui respire facilement. Il y a de particulier que le cordon, long de 60 centimètres, est tellement variqueux près du ventre, que je ne puis pas placer la ligature

au lieu d'élection; je la place à trois centimètres du bourrelet cutané et au-dessus du nœud variqueux.

La délivrance a eu lieu une demi-heure après moyennant des tractions assez prononcées. Placenta volumineux portant à la surface utérine, à la surface fœtale et dans son parenchyme des granulations fibreuses ayant passé presqu'à l'état pierreux.

L'heure avancée de la nuit fait que je ne fais pas chercher du seigle ; du reste l'utérus se rétracte bien, et il y a même des tranchées assez vives se propageant dans l'aîne ainsi que dans la cuisse du côté droit. Après mon départ ces tranchées se sont même propagées dans le thorax du côté gauche, ce qui paraît avoir beaucoup fatigué la malade. Ceinture autour du ventre, bouillons.

Ayant revu cette femme à 8 heures 1/2, je lui trouve le pouls agité plutôt que fébrile et l'utérus, malgré les tranchées, est médiocrement dur sous la pression, de plus il est de niveau avec le nombril, preuve qu'il n'est pas très-rétracté. Je ne donne cependant pas de seigle, et j'ordonne plutôt 8 à 10 gouttes de laudanum à prendre en plusieurs reprises dans de la tisane, de plus j'ordonne la même dose de médicament à prendre dans un quart de lavement. Ces deux doses ont suffi à soulager la malade.

A ma visite de 4 heures 1/2, il y a plus de calme, les tranchées sont plus faibles et ne reviennent plus que toutes les demi-heures. La matrice mieux rétractée est de deux doigts au-dessous du nombril. Potages.

Nuit meilleure, quoique les tranchées aient paru parfois. La malade a pu faire de petits sommes et, en se réveillant, elle se trouvait en nage.

Le 24, la malade est bien, pouls calme, utérus rétracté, pas l'ombre de fièvre. Même régime. L'enfant prend du lait coupé. Le reste de la journée a été passable, seulement la malade a éprouvé des chaleurs et une transpiration abondante coïncidant avec le gonflement des seins. A ce moment elle a aussi quelques tranchées secondaires ayant pour siége cette fois le côté gauche de l'utérus et la cuisse correspondante.

Le 25, je trouve le pouls à 72, l'utérus rétracté à trois doigts au-dessous du nombril et peu sensible à pression.

Cataplasmes laudanisés sur le ventre, frictions huileuses aux seins et lavement. Le soir, la malade paraît avoir été prise d'une agitation qui a inquiété la famille et pour laquelle on est venu m'appeler. N'ayant pas pu me rendre auprès de la patiente, j'ai ordonné un vomitif après lequel la malade devait prendre la potion quinique que j'ordonne habituellement.

Le 26, je trouve le pouls à 72 comme la veille, et l'état général comme l'état local n'ont pas changé; aussi je permets de continuer les soupes et l'eau rougie, tout en continuant à prendre la potion quinique. L'enfant est confiée à une nourrice de la campagne qui doit l'élever au sein.

L'espèce de redoublement du soir n'est pas venu, et le 27, la malade est très-bien. Le vomitif n'ayant pas produit des selles, je donne, le 28, trente centigrammes de poudre de scammonée, ce qui produit de l'effet. Potage et côtelette.

La journée aurait été bonne, sans une névralgie dentaire qui a paru dans l'après-midi, et qui tient à la même cause que les exacerbations des jours précédents; aussi je fais continuer la potion quinique.

Cette névralgie reparaît le 29, quoique plus faible, et ne revient pas les jours suivants. La malade est convalescente.

Le retour de couches a eu lieu du 10 au 15 octobre, c'est-à-dire six semaines après l'accouchement.

STATISTIQUE RAISONNÉE

DES

TROIS CENTS OBSERVATIONS

QUI SONT DÉCRITES EN DÉTAIL DANS LES TROIS PREMIERS VOLUMES

DE LA

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

DE

M. LE Dr A. MATTÉI

INDICATIONS GÉNÉRALES.

Nombre. Les 300 observations ont été recueillies sur 235 femmes, dont 1 a accouché 5 fois; 3 ont accouché 4 fois; 9 ont accouché 3 fois; et 34 ont accouché 2 fois dans cette période d'observation (1855-1862); mais, pour simplifier la statistique, chaque observation sera considérée comme se passant sur un sujet distinct. La femme qui a eu 5 grossesses (obs. 13. 77. 129. 217. 296.) en cinq ans, est une cuisinière, native de la Côte-d'Or. Elle s'est mariée à 27 ans. Des femmes qui, dans la même période d'années, ont eu quatre grossesses, sont : l'une ménagère, native de Saint-Pétersbourg (obs. 14. 58. 108. 181.), l'autre laitière, native de la Somme (obs. 39. 83. 211. 280.); et l'autre qui, en quatre ans, a eu quatre grossesses (obs. 122 146. 193. 297), est une femme d'intérieur, native de Paris.

Naissance. Dans les 300 cas les femmes étaient natives : 75 de Paris ; 14 de l'étranger ; le reste des départements. Ceci montre quel est, même pour les femmes, le mouvement des provinces vers la capitale, et la proportion que prend l'extérieur à l'accroissement de la population parisienne. Pour mieux préciser cette proportion relativement aux diverses contrées, je vais établir des zones qui me serviront aussi plus loin. Ainsi je considérerai séparément, en allant du Nord au Sud et de l'Est à l'Ouest : 1° le Nord de l'Europe (Russie, Prusse, petits États germaniques, Belgique, Suisse) ; 2° la zone nord de la France, comprise entre les départements du Nord, du Loiret, du Rhin et du Finistère. 3° la ville de Paris, contenue dans cette zone, fait classe à part; 4° la zone moyenne de la France, comprise entre les départements du Loiret, du Puy-de-Dôme, du Jura et de la Charente; 5° la zone sud de la France, entre le Puy-de-Dôme et les bords de la Méditerrannée, y compris la Corse, les départements des Alpes, des Pyrénées et de la Gironde; 6° les contrées encore plus méridionales en dehors de la France.

Sur les 300 cas, nous trouvons que la partie nord de l'Europe a

fourni 12 cas (obs. 14. 23. 58. 82. 105. 108. 174. 181. 223. 240. 282. 295.) ; que la zone septentrionale de la France, bien entendu sans compter Paris, a fourni 113 cas, la zone moyenne de la France en a fourni 50, la zone septentrionale de la France 20, et les pays étrangers encore plus au sud 2 (obs. 32. 144.). Il résulte naturellement de ceci, que les départements situés autour de Paris ont fourni le plus de cas, mais le voisinage ne dit pas tout ; on voit pour les femmes comme pour les hommes et pour les invasions un mouvement plus fort du Nord vers le Midi que du Midi vers le Nord. Dans la zone septentrionale de la France, le département de Seine-et-Oise, qui entoure tout Paris, n'a fourni que 9 cas, tandis que celui de l'Oise en a fourni 13, et celui du Nord 11.

Lieu et soins. Soignés par moi, à la maison d'accouchement, 91 cas ; en ville, 209 cas. Parmi ces derniers, 10 ont été soignés par moi, seulement pendant la grossesse ; 142 pendant la grossesse et l'accouchement ou au moins pendant tout le travail et ses suites ; 48 fois j'ai été appelé en consultation, le travail étant avancé, ou pour pratiquer des opérations ; 3 fois j'ai soigné les femmes pendant la grossesse et les suites de couches sans les assister pendant le travail (obs. 204. 334. 242), et 4 fois je leur ai donné des soins pendant les suites de couches seulement (obs. 159. 215. 243. 247). Enfin, dans 2 cas, il s'agissait de fausses grossesses (obs. 233. 279).

VIE SOCIALE DES FEMMES.

Profession. Peu d'activité pour toutes les parties du corps : 30 rentières ; 40 s'occupant de leur ménage ; 31 ayant des professions ou des occupations tout à fait sédendaires. — Activité de tout le corps : 10 domestiques ; 5 journalières ; 25 commerçantes ; 1 charbonnière ; 2 femmes travaillant aux Halles. — Activité d'une partie du corps, des bras surtout, pendant que le reste est au repos : 89 couturières ; 10 repasseuses ; 10 cuisinières ; 33 ayant des occupations analogues. La profession n'a pas été déterminée pour le reste des femmes. Je reviendrai à diverses reprises sur la profession, pour déterminer l'influence qu'elle peut exercer sur la vie utérine et l'état puerpéral.

Mariage. Sur les 300 cas, 193 femmes étaient légitimement mariées. Des autres, 88 étaient filles ; 7 veuves ; 8 séparées de leurs maris ; 4 cas indéterminés ou douteux. Des filles mères, 22 sont nées à Paris, 56 sont nées en province et 8 à l'étranger. Des 8 femmes séparées de leur mari, 6 sont nées dans les départements, et 2 à Paris. Sur les 107 cas d'unions non légitimes, il y avait 44 couturières, 7 ouvrières en dehors de la couture ; 5 domestiques ; 5 femmes de chambre ; 4 artistes ou actrices ; 4 femmes de comptoir : 4 fleuristes, 4 repasseuses ; 4 commerçantes ; 3 femmes s'occupant seulement de leur ménage et jouissant d'une bonne aisance ; 3 filles sans profession ou véritables grisettes ; 3 cuisinières ; 3 passementières ; 1 fabricant des boutons ; 1 modiste ; 1 blanchisseuse ; 1 sage-femme et 1 concirge. Les autres cas n'ont pas été déterminés. Les conséquences morales à tirer de ce qui précède sont : 1° Que malgré le titre d'immoralité dont on gratifie Paris, les femmes natives de la capitale qui se rendent mères en dehors du mariage légitime sont bien moins nombreuses que les femmes venant du dehors pour habiter la ville. 2° Que les femmes d'origine parisienne sont aussi en moins grand nombre pour se séparer de leurs maris. 3° Que si dans le nombre des femmes qui deviennent mères en dehors

du mariage, il y en a quelques-unes jouissant de quelque aisance, presque toutes appartiennent aux classes malheureuses de la société. 4° Que parmi les professions les plus exposées et par conséquent les moins heureuses pour la femme à Paris, c'est la profession de couturière. 5° Que s'il y a des femmes à Paris même qui se plaisent dans l'oisiveté et la débauche, elles sont en très-petit nombre. Presque toutes celles qui s'exposent à des unions illégitimes, le font par misère encore plus que par débauche ou par ignorance. Le meilleur moyen de civiliser les populations, dans les villes comme dans les campagnes, est donc celui de leur procurer l'aisance matérielle par un travail productif tout en éclairant leur intelligence.

VIE PHYSIOLOGIQUE.

Age. Des 300 cas au moment où a été prise chaque observation et qui a été presque toujours celui de l'accouchement, 18 femmes avaient de 16 à 19 ans : 118 femmes de 20 à 25 ans; 80 femmes de 26 à 30; 48 de 31 à 35 ans; 26 de 36 à 40 ans. Au-dessus de 40 ans, 8 femmes. L'âge le plus bas de la grossesse a été de 16 ans 1/2 (obs. 68), et l'âge le plus élevé, 46 ans (obs. 81). Les autres cas n'ont pas été déterminés. On ne peut pas dire cependant qu'avant et après ces extrêmes les femmes ne se soient pas exposées à devenir mères ou que les règles n'aient pas eu lieu chez elles. Si en dehors de ces extrêmes il n'y a presque jamais de fécondation, c'est parce qu'il n'y a presque jamais d'ovulation; de même, si de 20 à 35 ans, il y a le plus de fécondation, c'est qu'il y a alors le plus d'ovulations.

Taille. Femmes de taille moyenne (1 mèt. 60 cent.), 138 cas; au-dessus de la moyenne, 52 cas; au-dessous de la moyenne, 90; les autres cas n'ont pas été déterminés. Le plus ou moins de développement du squelette peut tenir sans doute aux conditions hygiéniques ou pathologiques dans lesquelles la femme s'est trouvée pendant son enfance ou après, mais ce sont là des exceptions personnelles; la taille, considérée dans les masses, se rattache aux races humaines ou à la misère et au bien-être des peuples pendant une suite de générations. Je vais indiquer les modifications de la taille suivant les climats où est née la femme. Cette division est la même que celle de plus haut.

Je vais même la compléter en établissant la différence entre les départements très-montagneux et ceux qui appartiennent à des pays de collines ou de plaines.

Des 10 observations venant des pays situés plus au nord que la France, deux femmes ont offert une taille au-dessus de la moyenne; une femme était du grand duché de Bade (obs. 225) et l'autre du Luxembourg (obs. 282). Un seul autre cas a été offert par l'Algérie (obs. 32), sur les deux observations des nations méridionales. Pour la France, les cas de taille au-dessus de la moyenne ont été fournis : 17 par Paris (obs. 24. 40. 63. 98. 102 122. 146. 149. 153. 160. 185. 193. 199. 203. 227. 250. 297), sur les 75 observations de femmes nées dans cette ville. Le reste des cas de taille au-dessus de la moyenne a été fourni par les départements. Deux de ces cas n'ont pas été déterminés par rapport au lieu de la naissance (ob. 167. 219); les autres cas de taille au-dessus de la moyenne ont été répartis de la manière suivante :

La zone nord de la France, sur 113 observations, a offert 22 cas de taille au-dessous de la moyenne, c'est-à-dire la même proportion que Paris environ. Cette proportion n'a pas été la même pour chaque département de cette zone; ainsi celui du Nord, sur 11 obser-

vations, a offert 4 cas (obs. 216. 247 252. 285.) de taille au-dessus de la moyenne : celui de l'Eure, sur 6 observations, en a offert 4 aussi (obs. 37. 85 148. 154.) ; le département de Seine-et-Oise en a offert trois (obs. 53. 183 260), sur 9 observations, et celui d'Eure-et-Loir deux (obs. 114 294) sur 4, tandis que celui de la Somme n'en a offert que deux obs. 30 60 sur 8, et celui du Bas-Rhin 2 (obs 6. 136) sur trois. Le département de la Meurthe un obs. 100) sur 4 ; celui de Seine-et-Marne un (obs. 145 sur une seule observation ; celui de la Seine-Inférieure en a offert un (obs. 87) sur 4 ; celui de l'Orne un obs. 92) sur 3, et celui de l'Oise un (obs. 201.) sur 13 cas. Les autres départements de la zone septentrionale n'ont pas offert un seul cas de taille au-dessus de la moyenne, quoiqu'ils aient offert de nombreuses observations.

La zone moyenne de la France, sur 49 observations, a offert 6 cas de taille au-dessus de la moyenne, c'est-à-dire une proportion moindre que la zone septentrionale et que Paris même. Sur ce nombre, le département de l'Ain en a offert 3 cas (obs. 74. 224. 294) sur 4 observations ; celui de la Côte-d'Or, un obs. 233.) sur 8 ; celui de la Creuse, un (obs. 259.) sur 3 et celui du Puy-de-Dôme, un (obs. 295.) sur deux. Les autres départements de cette zone moyenne n'ont pas offert un seul cas de taille au-dessus de la moyenne, quoiqu'ils aient offert plusieurs observations. La zone méridionale, qui a fourni 20 observations, a offert 4 cas de taille au-dessus de la moyenne, c'est-à-dire une proportion légèrement plus grande que celle de la zone moyenne. De ces cas, un a été fourni par la Savoie (obs. 235.), sur 4 observations ; un par la Haute-Garonne (obs. 182.), sur 3 observations ; et les deux autres par le Gard obs. 212. 275.) sur 6 observationst Je dois faire observer que ces deux cas portés séparés ont été offerte par la même femme.

Si en récapitulant je recherche la proportion des cas de haute taille suivant les zones et suivant les localités de la même zone, je trouve que la zone septentrionale est la plus favorisée et, chose curieuse, à Paris même, où l'on croit la population rabougrie, la proportion est à peu près celle de la zone septentionale qui l'entoure. Le petit nombre de la zone formée par les nations qui sont plus au midi que la France n'est pas décisif, mais il tendrait à favoriser plus cette zone que celle du milieu. Enfin il est facile de voir dans les trois zones que les plus hautes tailles sont offertes par les femmes des départements montagneux des Vosges et des Alpes : viennent ensuite les femmes des Pyrénées et des Cévennes.

Pour faire la contre-épreuve de ce qui précède, je vais rechercher la distribution des femmes qui ont offert une taille au-dessous de la moyenne, et quoique la maladie du rachitisme offre ici de nombreuses causes d'erreur je n'en tirerai pas moins d'utiles enseignements. Ainsi des 12 observations fournies par les nations qui sont plus au nord que la France, il y en a trois de taille au-dessous de la moyenne : une fournie par la Prusse (obs. 82), l'autre par la Belgique (obs. 174), et l'autre par la Suisse (obs. 240.). La ville de Paris, sur 75 observations, a offert 18 cas au-dessous de la taille moyenne (obs. 15. 26. 31. 46. 48. 62. 96. 109. 132. 158. 161. 218. 220. 228, 261. 209. 270. 291).

La zone septentrionale de la France, sur 113 observations, a fourni 35 cas parmi lesquels : 3 par le Nord (obs. 140. 246. 627) ; un par le Haut-Rhin (obs. 18.) ; 2 par les Ardennes (obs. 52. 111) ; 2 par l'Oise (obs. 159. 268.) ; 5 par la Moselle (obs. 29. 65. 120. 157. 223) ; un

par la Meuse (obs. 75); un par la Marne (obs. 202); 3 par Seine-et-Oise (obs. 67. 271. 290); 3 par la Seine-Inférieure (obs. 28. 87. 142); 2 par l'Oise (obs. 71. 222); un par la Vienne (obs. 231); un par la Champagne (obs. 277); 2 par le Calvados (obs. 94. 226); un par le Pas-de-Calais (obs. 38); 3 par la Manche (obs. 44. 137. 236); un par l'Ille-et-Vilaine (obs. 76); et 3 par la Sarthe (obs. 179. 256. 283).

La zone moyenne, sur 50 observations, n'a offert que 6 cas de taille au-dessous de la moyenne, c'est-à-dire : un par l'Yonne (obs. 68); 2 par l'Indre-et-Loire (obs. 191. 272); un par la Corrèze (obs. 296); un par la Vienne (obs. 292); et un par le Puy-de-Dôme (obs. 175). La zone méridionale, sur 20 observations, a fourni 7 cas de taille au-dessous de la moyenne, c'est-à-dire : 2 par le Rhône (obs. 155. 293); un par la Drôme (obs. 73); un par la Haute-Loire (obs. 126); un par la Haute-Saône (obs. 263); un par le Lot (obs. 265.) et un par la Corse (obs. 101.)

Enfin 16 cas de tailles au-dessous de la moyenne se trouvent parmi les femmes françaises dont le lieu de la naissance n'a pas été déterminé (obs. 22. 45. 50. 70. 123. 128. 141. 151. 161. 237. 238. 253. 262. 264. 266. 288).

Les chiffres de la haute et de la basse stature une fois connus, nous pouvons déterminer ceux de la stature moyenne qui sont : de 7 pour les nations du Nord, sur 12 observations; de 40 pour Paris, sur 75 observations; de 56 pour la zone septentrionale de la France, sur 113 observations; de 38 pour la zone moyenne, sur 50 observations; de 9 pour la zone méridionale, sur 20 observations; et enfin d'une sur deux pour les nations orientales.

D'après cette statistique les localités qui ont le plus de femmes de taille moyenne sont le milieu de la France et Paris. Le nord de la France, quoique privilégié pour les hautes statures, renferme aussi un nombre considérable de petites tailles, tandis que la partie qui offre le plus de tailles moyennes c'est le centre de la France. Si à ceci on ajoute le résultat des localités qui offrent le plus ou moins de hauteur de la taille suivant que le pays est de plaine ou de montagne on trouve que dans la zone nord, par exemple, les départements qui offrent le plus de petites tailles ce sont ceux de Moselle, Seine-et-Oise, Nord, Seine-Inférieure, Manche, Sarthe; c'est-à-dire ceux de plaine, tandis que nous avons vu les hautes tailles se trouver en plus grand nombre dans les départements de montagne.

Nous voyons par cette statistique la confirmation des notions historiques et ethnographiques qui admettent dans le nord de la France la race saxo-germanique, qui est élevée, dans le milieu la race gallo-celtique, qui est bien plus petite, et dans le Midi, la race ibérienne et pélasgique qui est entre les deux pour la taille; mais cette statistique offre de plus la différence entre les lieux élevés et les lieux bas, entre Paris et le reste des départements. Ainsi les femmes réellement parisiennes sont, en général, d'une taille avantageuse ou moyenne, tandis qu'on a dit bien des fois le contraire.

Bassin. La bonne ou mauvaise conformation du bassin dépend beaucoup du plus ou moins de hauteur de la taille; mais la chose n'est pas absolue. Ainsi il y a des femmes, je ne dirai pas des races, dont le développement vertical du squelette s'est fait au détriment du développement horizontal, et qui ont un bassin se rapprochant de celui de l'homme pour la profondeur, avec exiguité des détroits. D'un autre

côté, il y a des femmes et surtout des races où le développement horizontal est prononcé relativement plus que le vertical, et qui sont, comme on dit, carrément bâties. Ces femmes ont un bassin très-bien fait, tandis que lorsque, la taille est au-dessous de la moyenne par suite de rachitisme ou par un défaut de développement de tout le squelette, le bassin est rétreci ou difforme. Nous allons voir du reste les résultats de la statistique.

Des 300 femmes, 198 ont offert le bassin bien conformé; 96 l'ont offert vicié; les autres cas n'ont pas été déterminés, 10 cas ont offert un excès d'amplitude (obs. 14. 58. 63. 102. 108. 160. 181.) 216. 227. 285). Parmi ces cas un seul (obs. 236.) offrait de plus un rétrécissement du détroit inférieur avec enkylose de l'articulation sacro-cocygienne. Dans 47 cas, il y a eu rétrécissement de tout le bassin ou tout au moins du détroit supérieur. (obs. 21. 22. 28. 29. 31. 46. 47. 48. 62. 65. 70. 72. 101. 109. 114. 128. 132. 134. 137. 140. 151. 157. 164. 174. 192. 196. 202. 218. 219. 223. 237. 253. 258. 259. 261. 272. 288. 293.) Dans les cas où la détermination du rétrécissement a été plus spécialement précisée, j'ai trouvé dans le détroit supérieur 8 centimètres 1/2 (obs. 277. 290), 7 centimètres 1/2 (obs. 263. 267. 283) et six centimètres 1/2 (obs. 264). Dans 25 cas le rétrécissement portait uniquement sur le détroit inférieur, et où les efforts de la partie fœtale ou le léniceps ont dû écarter les ischions pour faciliter l'accouchement. (obs. 11. 54. 66. 88. 93. 100. 105. 107. 112. 120. 121. 124. 130. 147. 160. 161. 173. 201. 206. 235. 236. 254. 276. 295. 298). Deux bassins ont offert le détroit supérieur oblique (obs. 38. 110), la femme était boiteuse et 14 bassins ont offert une inclinaison très-prononcée (obs. 28. 46. 47. 65. 67. 140. 157. 174. 192. 235. 249. 258. 261. 283). Tous ces cas d'inclinaisons ont été offerts par des femmes de petite taille.

Les rapports de la taille avec la conformation du bassin méritent d'être encore plus précisés et ici je suivrai la division des zones que j'ai adoptée en la complétant par d'autres renseignements. Ainsi, des 11 cas de bassin vicié par excès d'amplitude : 4 ont été offerts par une femme de taille moyenne qui était native de Russie; 2 ont été offerts par une femme de taille au-dessus de la moyenne et native du département du Nord; 2 ont été offerts par une femme native de Paris qui était aussi d'une taille élevée; 2 autres par une femme native de Paris encore, de taille au-dessus de la moyenne; chose qui peut paraître surprenante un cas a été offert par une femme native du département de la Manche, laquelle avait une taille au-dessous de la moyenne; mais il faut observer que cet excès d'amplitude du détroit supérieur du bassin coïncidait avec le rétrécissement du détroit inférieur et enkylose du coccyx.

Des 47 cas de rétrécissement de tout le bassin ou tout au moins du détroit supérieur, il y avait trois femmes ayant une taille au-dessus de la moyenne (obs. 114. 219. 259); trois de taille moyenne (obs. 21. 134. 164.) et 41 cas de taille au-dessous de la moyenne; ceci confirme la fréquence des vices de conformation chez les femmes de petite taille, mais non d'une manière absolue.

Quant à la distribution des vices de conformation de tout le bassin ou du détroit supérieur suivant les zones de la France, j'en trouve 11 dans la zone septentrionale et, excepté un cas (obs. 104), les autres se trouvent sur des femmes de taille au-dessous de la moyenne. La ville de Paris à offert 9 cas de rétrécissement que j'étudie, et tous chez

des femmes de taille au-dessous de la moyenne. La zone moyenne de la France n'a offert que quatre rétrécissements, un chez une femme de taille moyenne (obs. 21.) et trois chez des femmes de taille petite (obs. 196. 272. 293.) enfin la zone méridionale n'a offert qu'un cas de rétrécissement, aussi chez une femme de taille petite (obs. 101).

Ce qui précède démontre que dans les localités où les femmes ont communément une taille avantageuse, on trouve souvent aussi des tailles petites, et chez ces dernières femmes les vices de conformation sont plus à craindre que dans les localités où la taille est communément moyenne chez les femmes.

Tempérament. Sanguin 23 cas; nerveux 34; lymphatique 31; lymphatico sanguin 110; lymphatico nerveux 68; lymphatico bilieux 16; bilioso-nerveux 5; bilioso sanguin 3; nervoso sanguin 13; les autres cas n'ont pas été déterminés. L'élément lymphatique combiné encore plus souvent que seul, a paru chez la plupart des femmes, ce qui confirme les opinions admises dans la science. Voici maintenant la distribution des tempéraments suivant les zones. Des 23 cas de tempérament sanguin, 4 seulement ont été observés chez une femme russe. (obs. 4. 58. 108. 181.) Neuf dans la zone septentrionale de la France (obs. 6. 91. 118. 170. 178. 201. 236. 252. 268.) et, chose curieuse, sur ce nombre, 3 femmes étaient du département du Nord et 4 de celui de l'Oise : 4 ont été offerts par des femmes de Paris (obs. 16. 188. 213. 248.) 2 par des femmes de la zone moyeune de la France (obs. 74. 190.) et 4 ont été offerts par des femmes dont le département n'a pas été déterminé (obs. 233. 242. 262. 279.) — Des 24 cas de tempéraments nerveux, 13 ont été offerts par des femmes natives de la zone septentrionale de la France (obs. 106-107. 146. 156. 168. 169. 200. 214. 216. 232. 273. 283. 285.), desquels les départements du Nord, de la Meuse et de Seine-et-Oise ont offert chacun trois cas; Paris seul à offert 14 cas de tempéraments nerveux (obs. 2. 26. 27. 86. 88. 122. 125. 132. 184. 193. 199. 209. 210. 297.) La zone moyenne de la France en a offert 3 cas (obs. 35. 204. 230.) La zone septentrionale 2 cas (obs. 212. 275.) et 3 cas ont été observés sur des femmes dont le département n'a pas été déterminé (obs. 50. 167. 264.) — Le tempérament lymphatique a été observé 27 fois; c'est à dire une fois sur une femme russe (obs. 23.) La zone septentrionale de la France l'a offert 9 fois, dont 4 fournis par le seul département de la Moselle (obs. 29 63. 120. 157.) Le Haut-Rhin et l'Oise l'ont offert chacun deux fois (obs. 18. 41. 124. 152.) et la Meuse une fois (obs. 75.). La ville de Paris seule l'a offert 11. fois (obs. 20. 46. 57. 69. 78. 119. 121. 215. 221. 241. 254.) La zone moyenne de la France l'a offert deux fois (obs. 19. 131.) et la zone méridionale trois fois (obs. 73. 113. 197.). Dans 5 cas le département n'a pas été déterminé (obs. 22. 45. 70. 253. 299.). Le tempérament franchement bilieux n'a jamais été noté, mais à côté des tempéraments franchement caractérisés, j'ai indiqué plus haut des tempéraments mixtes dont la distribution peut être tracée par les chiffres proportionnels des tempéraments sanguin, nerveux et lymphatique. Il n'est pas inutile d'observer que si chez les femmes natives de Paris, on observe encore assez souvent le tempérament lymphatique, chez elles le tempérament nerveux est proportionnellement plus considérable que chez les femmes natives des départements.

Constitution. — La constitution forte, robuste a été observée 18 fois; la constitution bonne, saine, 147 fois; replète, obèse, 14 fois; sèche

22 fois; grêle, délicate 71 fois; maladive 14 fois; elle n'a pas été déterminée dans 14 cas.

La constitution forte, robuste, a été observée 2 fois sur des femmes de Paris, (obs. 16. 24.), et 16 fois sur des femmes natives du dehors; la constitution bonne. saine a été observée 37 fois sur des femmes de Paris, et 110 fois sur des femmes du dehors; la constitution replète, obèse a été observée 4 fois sur des femmes de Paris (obs. 188 213. 248. 249.), et 10 fois sur des femmes du dehors; la constitution sèche a été observée 4 fois sur des femmes de Paris (obs. 51. 86. 209. 228.), et 18 fois sur des femmes du dehors; la constitution grêle, délicate a été observée 23 fois sur des femmes de Paris et 48 fois sur des femmes du dehors; la constitution maladive enfin, a été observée deux fois sur des femmes de Paris (obs. 36. 40.). et le restant sur des femmes nées ailleurs.

Chose curieuse à noter et qui sort encore des idées reçues, c'est que si chez les femmes natives de Paris, on ne trouve pas souvent une grande richesse dans la constitution, on y trouve en moyenne une santé bonne, saine, encore plus que chez les femmes nées au dehors; on trouve à Paris, la constitution replète. obèse, encore plus souvent que la constitution sèche. Enfin, il y a dans la capitale un nombre considérable de femmes grêles, délicates, mais comparativement moins de femmes à constitution maladive.

VIE PATHOLOGIQUE.

Maladies antérieures. Graves, générales, 137 cas; locales 32. indéterminées 19. Dans les autres cas, les femmes n'avaient pas offert de maladies bien sérieuses avant l'observation.

Diathèses et maladies héréditaires. Le cancer 1 fois (obs. 278); le tubercule 13 fois (obs. 10. 17. 59. 106. 172. 195. 209. 216. 228. 261. 281. 283. 285.); la scrofule 5 fois (obs. 95. 120. 197. 253. 254.), les discraties nerveuses 14 fois (obs. 15. 43. 51 72. 160. 199. 204. 206. 209. 227 251. 271. 281. 292.); le rachitisme héréditaire 2 fois (obs. 48. 249.); l'asthme héréditaire 2 fois obs. 41. 213.); la débilité héréditaire 4 fois (obs. 62. 211. 218 261.); la diathèse hémorrhagique 3 fois (obs. 26. 82. 231.); la diathèse rhumatismale 3 fois (obs. 39. 40. 83.); la diathèse herpétique 4 fois (obs. 21. 25 54. 256.); la diathèse syphilitique 7 fois (obs. 116. 203. 208. 214. 218. 232. 245.).

Cachexies. Intoxication saturnine 4 cas (obs. 57. 119. 241. 251.).

Phénomènes héréditaires 2 cas (obs. 201. 240).

Tous ces états diathésiques ont été observés 23 fois sur des femmes de Paris (obs. 15. 26 40 48. 51. 52. 62. 72. 95. 119. 160. 199. 203. 209. 213. 218. 227. 228. 241. 249. 251. 254. 261.), et 32 fois sur des femmes natives du dehors; c'est-à-dire que malgré l'avantage de la santé moyenne chez les femmes natives de Paris, comme nous l'avons vu plus haut, les états diathésiques sont encore assez fréquents dans la capitale.

VIE UTÉRINE.

Première menstruation. A 10 ans et 1/2. 3. cas (obs. 94. 140. 267.); à 11 ans 5 cas (obs 113. 127. 133 183. 284.); entre 11 1/2 et 12 ans, 22 cas; entre 12 1/2 et 13 ans 45 cas; entre 13 1/2 et 14 ans 46 cas; entre 14 1/2 à 15 ans 62 cas; entre 15. 1/2 et 16 ans 46 cas; à 17 ans 13 cas; à 18 ans 13 cas; à 19 ans 4 cas (obs. 15. 169. 180. 232.);

à 20 ans 6 cas (obs. 21. 25. 39. 54. 83. 280.); et à 21 ans, deux cas (obs. 38. 110.). Les autres cas n'ont pas été déterminés.

Des sujets qui ont eu la première menstruation à 10 ans 1/2, un est natif du Calvados, et deux du département du Nord; des sujets qui l'ont eue à 11 ans, un est natif du Gard et un autre du Cantal; c'est-à-dire de la zone méridionale de la France; un cas est natif de la Côte-d'Or, ou de la zone moyenne; enfin, un est natif de Seine-et-Oise et l'autre de Paris, ou de la zone septentrionale. Quant aux sujets qui ont offert la première menstruation à 20 ans, ce sont une femme de la Haute-Saône, une de la Charente-Inférieure, c'est-à-dire de la zone moyenne de la France, et deux de la Somme, ou de la zone septentrionale; les deux cas de première menstruation à 21 ans viennent du Pas-de-Calais, c'est-à-dire de la zone nord aussi.

Une femme de Saint-Pétersbourg a eu sa première menstruation à 15 ans (obs. 14); une femme native de l'Algérie à 13 ans (obs. 32.), et une native du Mont-Liban (Syrie), à 12 ans (obs. 144.). En comparant les extrêmes de l'apparition de la menstruation, l'influence du climat, quoique réelle, ne paraît pas être aussi grande qu'on a prétendu le dire.

Régularité de la menstruation. Tous les mois à peu près, à jours fixes 221 cas; menstruation tout à fait irrégulière, 49 cas, les autres n'ont pas été déterminés. Deux cas d'aménorrhée (obs. 282. 283.).

Des cas où la menstruation était régulière, l'écoulement venait tous les 30 jours dans 141 cas; avançait de cette époque dans 67 cas, retardait dans 13 cas. Le reste n'a pas été déterminé, mais ceci suffit à démontrer l'inanité de ceux qui placent la période menstruelle à 28 jours.

Durée de l'écoulement. 1 jour dans 7 cas (obs. 10. 31. 66. 121. 160. 187. 227.); 2 jours dans 17 cas; 3 jours dans 65 cas; 4 jours dans 39 cas; 5 jours dans 34 cas; 6 jours dans 30 cas; 7 jours dans 6 cas; 8 jours dans 45 cas; 10 jours dans un cas (obs. 347.). Les autres n'ont pas été déterminés.

Des cas où l'écoulement ne durait qu'un jour, une femme était de tempérament lymphatico-nerveux et de constitution maladive (obs. 10.); une du même tempérament et de constitution saine (obs. 31.); une de tempérament lymphatico-sanguin et de constitution bonne (obs. 66.); une de tempérament lymphatique et de bonne constitution (obs. 121.); une de tempérament lymphatico-nerveux et de constitution délicate (obs. 160.); une de tempérament lymphatico-sanguin et de constitution maladive, (obs. 187.); enfin, une de tempérament lymphatico-nerveux et de constitution grêle, délicate (obs. 227.).

Des femmes qui avaient l'écoulement pendant 8 jours, 7 avaient un tempérament sanguin, 1 le tempérament nerveux, 3 le lymphatique, 7 le lymphatico-bilieux, 9 le lymphatico-nerveux, 15 le lymphatico-sanguin, 2 le nervoso-sanguin et 1 le bilioso-nerveux.

Des femmes qui avaient le tempéramont sanguin, 2 avaient une constitution robuste, forte (obs. 91. 170.) 4 une constitution bonne, saine (obs. 118. 178. 236. 252.) et une la constitution obèse (obs. 248.)

La femme au tempérament nerveux avait la constitution bonne. Des femmes à tempérament lymphatique 2 avaient la constitution grêle, délicate (obs. 46. 113.) et une constitution bonne (obs. 78.). Des femmes au tempérament lymphatico-bilieux 5 avaient une constitution bonne (obs. 71. 94. 150. 159. 222.) et 2 une constitution grêle,

délicate (obs. 231. 292.). Des femmes au tempérament lymphatico-nerveux, 3 avaient la constitution sèche (obs. 17. 43. 55.) 3 la constitution maladive (obs. 180. 235. 293.) 1 la constitution saine (obs. 59.) et 2 la constitution grêle-délicate (obs. 82. 147.). Des femmes au tempérament lympatico-sanguin 1 avait la constitution obèse (obs. 249.) 10 la constitution bonne (obs. 34. 85, 94. 97. 99. 109. 154. 185. 194. 263. 267. 295.) 1 la constitution maladive (obs. 284.) et chez une la constitution n'a pas été déterminée (obs. 140.). Chez les femmes au tempérament nervoso-sanguin 1 a offert une constitution grêle-délicate (obs. 250.) chez l'autre la constitution n'a pas été déterminée; la femme au tempérament biliôso-nerveux a offert une constitution sèche (obs. 37.).

Enfin chez la femme dont l'écoulement menstruel durait 10 jours (obs. 247.) il y avait un tempérament lymphatico-sanguin et une constitution grêle-délicate.

D'après tout ce qui précède touchant la petite ou la grande quantité de l'écoulement menstruel on arrive à cette conclusion toute nouvelle que dans ces extrêmes il y a des cas idiopathiques coïncidant avec un bon tempérament et une bonne constitution mais que dans l'immense majorité des cas ces extrêmes coïncident avec un mauvais tempérament, une mauvaise constitution, qui frisent l'état pathologique. L'abondance des règles surtout coïncide souvent avec la faiblesse générale, et si elle n'est pas la cause de cette faiblesse elle aide au moins à l'aggraver.

Les malaises pendant l'écoulement étaient nuls dans 83 cas, existaient dans 103 cas. Les autres n'ont pas été déterminés. Les malaises ordinaires et légers se sont montrés dans 58 cas et dans 45 cas il y a eu des phénomènes intenses ou insolites : ainsi fortes douleurs du bas ventre 22 cas (obs. 3. 27. 43. 88. 93. 101. 113. 116. 125. 183. 188. 201. 205. 223. 226. 229. 248. 250. 258. 260. 293. 298.); douleurs fortes aux lombes et au sacrum 9 cas (obs. 27. 28. 104. 198. 206. 255. 268. 291. 300.); coliques diarrhéiques 1 cas (obs. 273.); douleurs de la région ovarienne 1 cas (obs. 270.); douleurs dans les cuisses 2 cas (obs. 250. 270.); douleurs aux jambes 1 cas (obs. 71.); gonflement douloureux des seins 1 cas (obs. 28.); boutons au visage 1 cas (obs. 116.); névralgies de la tête, 4 cas (obs. 93. 203. 209. 249.); somnolence 1 cas (obs. 175.); épistaxis 1 cas (obs. 105.); vomissements 1 cas (obs. 3.); sécrétion sudorale en un point du thorax 1 cas (obs. 240.); trouble de la menstruation par le seul changement de domicile 1 cas (obs. 127.); coliques nulles avant le mariage et la gestation et vives après 2 cas (obs. 147. 226.).

Femmes stériles 1 cas (obs. 233.)

Primipares, pluripares. Primipares 104; pluripares 195.

Les avortements antérieurs, ont été observés une seule fois sur 32 femmes et deux ou plusieurs fois sur 19 femmes parmi lesquelles une en a fait trois (obs. 232.) avant la dernière observation.

Les maladies des organes génitaux avant la dernière observation ont été notées dans 22 cas parmi lesquels 17 des pertes blanches abondantes et les autres de maladies diverses (obs. 205. 234. 247. 293.).

Des phénomènes génitaux héréditaires ont été notés dans 7 cas (obs. 201. 224. 225. 240. 247. 275. 289.).

GROSSESSE ACTUELLE.

Fausse, dans un cas (obs. 233.)

Numéro d'ordre. Nous venons de voir que la présente grossesse a été la première sur 104 femmes. Elle a été la 2e sur 74 ; la 3e sur 35 ; la 4e sur 33 ; la 5e sur 16 ; la 6e sur 12 ; la 7e sur 7 ; la 8e sur 3 ; la 9e sur 3 ; et la 10e sur une seule ; elle n'a pas été déterminée sur les autres femmes. En rapprochant ce résultat de celui que nous avons vu à propos du nombre des grossesses observées par moi dans la période de 5 ans on peut avoir la prolificité des femmes observées ; en attendant voici ce qui peut aider à en rendre compte.

La femme qui en était à la dixième grossesse (obs. 280.) était une colporteuse de pain, native de la Somme, âgée de 40 ans, de taille moyenne, de tempérament lymphatico-nerveux et de constitution grêle, délicate. Des femmes qui en étaient à leur 9e grossesse, l'une (obs. 64.) est une repasseuse, native de la Côte-d'Or, âgée de 29 ans, de taille moyenne, de tempérament biliôso-nerveux et de bonne constitution ; l'autre (obs. 181.) est une femme d'intérieur, âgée aussi de 40 ans, native de Saint-Pétersbourg, d'une taille moyenne, de tempérament sanguin et de bonne constitution et la 3e est celle qui a offert la 10e grossesse. Des femmes qui ont offert leur 8e grossesse, une (obs. 15.) est une couturière, âgée de 38 ans, native de Paris, de taille un peu au-dessous de la moyenne, de tempérament lymphatico-nerveux et de constitution grêle, une autre est la femme de Pétersbourg dont il a été question et la 3e (obs. 149.) était une piqueuse de bottines, âgée de 34 ans, native de Paris, de petite taille, de tempérament lymphatico-nerveux et de constitution maladive. Sans avoir besoin de passer aux femmes qui ont eu des grossesses en plus petit nombre, il est facile de voir que la prolificité se trouve souvent chez des femmes dont la force et la santé ne paraît pas la faire pressentir, ensuite, si la masse des femmes de Paris ne fait pas beaucoup d'enfants il y en a encore d'assez prolifiques.

Fécondation. On a pu en connaître l'époque à peu près précise dans 19 cas (obs. 25. 41. 67. 71. 73. 88. 96. 107. 118. 152. 154. 160. 167. 195, 197. 222. 247. 280. 289.) et ailleurs, on l'a connue d'une manière assez approximative pour pouvoir être rattachée aux divers mois de l'année ; ainsi 26 cas en janvier ; 20 en février ; 21 en mars ; 22 en avril ; 24 en mai ; 28 en juin ; 19 en juillet ; 27 en août ; 26 en septembre ; 21 en octobre ; 27 en novembre et 14 en décembre. Les autres cas n'ont pas été déterminés. Ces chiffres offrent deux maximum, au printemps, en allant vers l'été, et à l'automne, en allant vers l'hiver ; ainsi que deux minimum, un au plus fort de l'été et l'autre au plus fort de l'hiver. On ne peut pas mettre ces chiffres sur le compte des rapprochements sexuels ; il faut dire plutôt qu'il y a plus ou moins de fécondations à telle au telle autre époque de l'année, parcequ'à ces mêmes époques il y a plus ou moins d'ovulations.

Phénomènes pouvant être rattachés à l'ovulation et à la fécondation qui l'a suivie. Les règles ont toujours attiré l'attention à ce sujet ; fécondation qui aurait eu lieu pendant l'écoulement menstruel (obs. 296. 300.), loin des époques cataméniales (obs. 289.), avant le rétablissement des règles (obs. 257. 261), interruption des règles avant la fécondation (obs. 277.). Des malaises où autres signes particuliers ayant pu

faire connaître la fécondation avant la suppression de la première menstruation (obs. 142. 157. 162. 194. 280. 283. 292. 293. 296.), mais tous ces signes appartiennent encore plus à l'ovulation qu'à l'acte même de la fécondation de l'œuf, et cette ovulation loin de se faire tous les mois, n'a guère lieu qu'une ou deux fois dans le cours de l'année sur le même sujet.

Les malaises de la grossesse ont été nuls, dans 37 cas, ils ont parus mais d'une manière légère, dans 137 cas, le reste n'a pas été déterminé. Ces malaises ont paru à la première menstruation qui manquait (obs. 223. 227. 294. 295.), ou aux époques cataméniales suivantes (obs. 4. 65. 198. 214. 221. 222. 225.) ont duré pendant toute la grossesse (obs. 221.) ou ont paru seulement au milieu (obs. 217.).

Phénomènes bizarres Je les étudierai par ordre de rayonnement en partant des organes génitaux : ainsi il y a eu des symptômes d'ovulation pendant la grossesse (obs. 143.); des signes faisant croire prématurément à la fécondation (obs. 238.); des signes personnels se répétant à toutes les grossesses (obs. 223.); une femme restée 11 années sans enfants (obs. 205.), une autre 13 ans (obs. 42.), d'autres restées sans enfants avec un premier mari et en ayant eu avec un second (obs. 201. 204. 247).— La matrice a offert des particularités insolites, ainsi elle avait les parois très-minces (obs. 232.) a présenté des contractions indolores (obs. 204.) ou a offert un volume qui n'était pas proportionel à l'âge de la grossesse (obs. 210.). Ce volume a diminué à un état avancé de la grossesse (obs. 283.), et sans que l'enfant fut mort (obs. 203.) ni même malade (obs. 239.). Une femme a offert pendant sa grossesse la chute des poils du pubis (obs. 235.); d'autres ont eu la distension brusque des seins, sans porter d'enfant mort et sans être en travail (obs. 71. 193.). Une femme a offert un amincissement considérable des parois abdominales (obs. 232.) et une autre des mouvements spasmodiques dans ces parois (obs. 94.), enfin une a porté pendant les neuf mois la cicatrice ombilicale très-déprimée (obs. 191.).—L'estomac, outre les phénomènes ordinaires, a offert une augmentation considérable d'appétit (obs. 248. 295) un besoin très-prononcé d'alcooliques sans que la femme se soit jamais grisée (obs. 124. 138.) ou ne pouvant digérer qu'un seul aliment (obs 53). Une femme a offert des envies irrésistibles de manger du charbon et du bois (obs. 67.); d'autres ont eu des antipathies pour des choses qu'elles aimaient beaucoup. Une qui aimait les crudités et les choses aigres les repoussait pendant la grossesse (obs. 212.); d'autres repoussaient la bière (obs. 293), le café (obs. 217. 246.), ou le tabac à priser (obs. 292.) toutes choses auquelles ces femmes étaient habituées.— Une malade a offert l'extinction de la voix (obs. 54.) une autre des epistaxis aux époques cataméniales (obs. 248.) Une autre a offert des varices aux jambes dès les débuts de la grossesse (obs. 242.), et une autre a offert deux genres de malaises arrivant toujours l'un le matin et l'autre le soir (obs. 73. 198.). Une femme a offert une antipathie irrésistible pour une robe (obs. 285) et une autre pour un tricot et pour une pommade qu'elle aimait beaucoup (obs 295.) Les effets thérapeutiques ont offert ceci de particulier que dans une erreur de diagnostic le traitement énergique n'a pas provoqué l'avortement (obs 235.), tandis qu'un bain trop chaud (obs 241) et des remèdes homéopathiques ont été nuisibles (obs. 273.); enfin des symptômes irréguliers se sont montrés dans une grossesse multiple (obs. 274.).

Effets salutaires de la grossesse sur la femme. Elle a fait une fois dé-

velopper la hauteur de la taille (obs 229.). Elle a en 48 cas, amélioré la faiblesse générale et guéri la chloro-anémie préexistante (obs. 7. 8. 11. 12. 28. 41. 57. 61. 62. 63. 66.69. 78. 79. 94.102.119.136.148. 149. 150. 160. 165. 166. 176. 182. 197. 199. 203. 212. 215. 216. 229. 237. 247. 254. 264. 268. 269. 270 275. 277. 282. 288. 290 293. 298. 299.). Elle a guéri les pertes blanches (obs. 251.), l'exma de la vulve (obs. 21. 54.), les coliques de plomb (obs. 57.), la migraine (obs 19. 120.) et l'épilepsie (obs. 206.). Enfin elle a suspendu la marche de la phthisie laryngée (obs. 10.).

La grossesse est restée sans effet sur l'hypertrophie du cœur (obs. 63. 102.) et sur le tœnia (obs. 198.), enfin elle à aggravé l'asthme (obs. 51.).

Pathologie de la femme pendant la grossesse. Elle comprend l'exagération des malaises sus-indiqués ou autres maladies occasionnées surtout par la grossesse. L'enclavement de l'utérus sans rétroversion (obs. 193.); l'anteversion utérine très-prononcée (obs. 258.); la rétroversion (obs. 267. 300.) avec où sans enclavement qui a nécessité la réduction; l'amincissement considérable des parois utérines (obs. 232. 266.). La matrice a offert des congestions actives ou passives très-prononcées (obs. 4. 27. 42. 52. 55. 68. 69. 70. 82. 88. 89. 94. 96. 99. 100 101. 102. 106. 113. 120. 130. 150. 153. 154. 156. 166. 170. 175. 178. 184. 191. 198 208. 209. 214. 218 238. 241. 242. 248. 251. 252. 255. 256. 257. 262. 268. 284. 291. 292. 293 294. 295. 296 297.), et parmi les congestions actives le plus grand nombre est arrivé aux époques cataméniales. Il y a eu des cas de métrite (obs. 221. 237.) et d'hémorhagie utérines légères (obs. 18. 160. 208. 214. 254. 257.) dont quelques uns arrivant aux époques cataméniales (obs. 67. 84. 91. 100. 109 150. 240. 266. 267. 292. 297. 300.), des cas d'hémorrhagies graves (obs. 21. 64. 106. 111. 113. 116. 154.) auxquels il faut ajouter ceux qui étaient accompagnés d'insertion du placenta sur le col (obs. 109. 197. 244. 265.). Un cas de ces insertions (obs. 231.) cependant ne s'est pas accompagné d'hémorragie. Le rhumatisme utérin s'est montré plusieurs fois pendant la grossesse (obs. 54. 55. 71 106. 111. 113. 116. 154. 222. 256. 257. 273.), moins souvent l'hydrorrhée (v. obs. 67. 70. 221 296.) et dans un cas (obs. 293.) cet écoulement n'apparaissait qu'après chaque coït Le col utérin a offert des phénomènes pathologiques; tels que le défaut de préparation au terme de la grossesse (obs. 249.) l'agglutination plus ou moins complète de ses orifices (obs. 209. 276.) ou des varices sur ses lèvres (obs. 217. 221.). Je n'ai pas noté la fréquence des déviations du col, mais cette déviation a pu être quelquefois la cause d'un amincissement exagéré du segment inférieur de l'utérus (obs. 236.).

Le vagin a offert la vaginite granuleuse se propageant ou non au col et accompagnée de forte leucorrhée (obs. 1. 59. 73. 203. 214. 257. 297.). Dans un cas (obs. 209.) le coït occasionnait des douleurs et des accidents. La vulve a offert des varices (obs. 119. 211. 217. 296.); l'œdème (obs. 291.); l'inflammation de la glande vulvo-vaginale (obs. 55.); les végétations (obs. 59. 66.), la prurit incommode (obs. 1. 105. 114. 170. 201. 297.). Les mamelles ont été gonflées au début de la grossesse et flasques à la fin (212.). Le bassin a offert un relâchement douloureux de l'articulation pubienne (obs. 260.) et la mauvaise conformation de cette enceinte osseuse à influencé d'une manière fâcheuse jusqu'à la grossesse (obs. 236.).

Le tube intestinal depuis la bouche jusqu'au rectum s'est ressenti

de l'influence de la grossesse, j'ai déjà noté ce qui concerne les modifications du goût. Il y a eu des vomissements persistants (obs. 87. 93. 125. 213. 274. 292.), le pyrosis (obs. 231. 292,), la gastralgie prononcée (obs. 231.), la diarrhée alternant avec la constipation (obs. 283. 293.), la constipation grave (obs. 278.), la diarrhée (obs. 15. 46. 170. 221. 226.). Cette diarrhée est arrivée aux époques cataméniales (obs. 129.), a été critique, d'une infiltration séreuse (obs. 112.) et a même provoqué l'accouchement prématuré (obs. 150.); enfin il y a eu des hémorrhoïdes avec ou sans hémorrhagie (obs. 17. 91 109. 116. 129. 296.).

L'abdomen a offert un volume excessif (obs. 271. 272. 270. 274.) une saillie prématurée ou exagérée (obs. 261.); tombant en besace (obs. 249. 258. 277. 280. 290.), ou faisant moins de saillie qu'à l'ordinaire (obs. 267. 297.). Les parois abdominables ont été très-minces (obs. 266.) ou le siége de douleurs assez vives, sur les côtés du bassin (obs. 44.), aux lombes (obs 278. 294.), au coccyx (obs. 285.), aux fesses (obs. 155.), aux aines (obs. 140.), au nombril (obs. 174.). Il y a eu enfin hyperesthésie de la peau du ventre (obs. 148. 158. 155. 257. 297.). Il y a eu albuminurie, sans éclampsie (obs. 273. 282.), nous verrons plus bas les cas éclamptiques.

Les membres inférieurs ont été le siége de varices (obs. 52. 109. 115. 217. 220. 242. 296.), d'infiltration considérable se propageant plus ou moins aux autres parties du corps (obs. 63. 112. 114. 115. 144. 180. 252. 259. 273. 282.), une fois (obs. 274.), cet œdème avait lieu à une jambe seule. Il y a eu des douleurs dans ces membres, (obs. 250. 263.), des engourdissements subits (obs. 250. 274.), et même de la paralysie (obs. 259.). Une fois, il y a eu phlegmatia alba dolens à la jambe gauche (obs. 278.).

La poitrine a offert des névralgies intercostales (obs 120. 142. 155. 160. 168. 199. 206. 223. 228. 266. 283.), le cancer des mamelles (obs. 278.), l'oppression. (obs. 100. 115. 177. 200. 282.), la toux réflexe ou sympathique (obs. 29. 35. 65. 86. 101. 120. 150. 157. 178. 130. 200. 202. 210. 220. 228. 245. 251. 275. 282. 285. 291. 294. 296. 297.); le hoquet (obs. 198.). Le système circulatoire a offert la pléthore cruorique (obs. 91. 190. 248.), la chloro-anémie (obs. 23. 46. 57. 104. 220.), les palpitations (obs. 282), les défaillances (obs. 189, 190. 220.). Le cou a offert un grossissement du corps tyroïde (obs. 213.), et les membres supérieurs ont été le siége d'engourdissements subits (obs. 250.).

La tête a offert des symptômes pathologiques que j'ai indiqués en partie et que je vais compléter. Il y a eu changement de caractère (obs. 286.), de la céphalalgie (obs. 206. 212. 234. 248. 270.), la migraine (obs. 292.), des névralgies dentaires (obs. 107. 140. 148. 156. 191. 276. 297. 300.), ou autres (obs. 291.). Il y a eu des épistaxis (obs. 266. 272. 281.), des attaques hystériques (obs. 209. 251.). Les convulsions éclamptiques ont combiné avec l'albuminurie et l'œdème général (obs. 286. 299.), ou bien sans œdème (obs. 299.). Enfin l'œdème n'a pas été suivi de l'éclampsie (obs. 100 250. 270.).

Plusieurs maladies sont arrivées accidentellement pendant le cours de la grossesse. Parmi les maladies générales, les fièvres morbilleuses (obs. 59. 123.); la fièvre typhoïde (obs. 77.), le rhumatisme aigu (obs. 186. 273.), les accès fébriles (obs. 216. 221. 257.), la jaunisse (obs. 250.), et la syphilis (203.), mais cette dernière maladie venant du père de l'enfant a porté surtout son influence sur le produit (obs.

208. 214. 218. 269.). Parmi les maladies locales, le prurit généralisé (obs. 220.), la gale (obs. 196.), la pneumonie (obs. 92.), la bronchite (obs. 191. 289.); enfin, des lésions traumatiques de quelque gravité (obs. 108. 110. 123. 149. 131. 199.).

Quelques maladies préexistantes ou arrivées accidentellement ont été aggravées par la grossesse, telles que le cancer des mamelles (obs. 270.), la migraine (obs. 203.); mais, dans un cas, cette dernière maladie après avoir été aggravée par la grossesse, a été soulagée (obs. 209.). Enfin, la grossesse a aggravé l'asthme (obs. 51.). Elle a été sans effets sur l'hypertrophie du cœur (obs. 63. 102), et sur le tœnia (obs. 198).

Grossesses utérines; simples 296; jumellaires 3. (obs. 29. 35. 274.); c'est-à-dire une grossesse jumellaire sur cent.

Enfants. Le nombre a été de 302 : 248 garçons et 112 filles; les autres cas n'ont pas été déterminés, ou le sexe était indéterminable. Deux grossesses jumellaires ont été de garçons et une (obs. 274.), de garçon et de fille. Il est à remarquer que dans ce dernier cas, il y avait un sac amnéotique distinct pour chacun des fœtus.

Ces enfants se sont présentés 239 fois par le vertex, *présentation directe,* restée telle, même pendant l'accouchement; 8 fois, la tête s'est tenue sur les bords du détroit, *présentation indirecte*, et au moment de l'accouchement, elle s'est rendue directe (obs. 264.), s'est changée en présentation de l'épaule (obs. 80. 96. 164. 190. 202. 249.), ou en présentation de la face (obs. 169.). Les enfants se sont présentés 5 fois par les pieds (obs. 26, (ob. 29, grossesses jumellaires), 32. 211.), et 15 fois par le siége (obs. 5 13. 24. 31. 34. 38. 40. 44. 73. 211. 214. 226. 232. 266. 269.). Des présentations indirectes du vertex, qui conduisaient à la présentation de l'épaule, deux ont été réduites artificiellement par manœuvres externes en présentations directes (obs. 202. 249.). Des présentations des pieds ou du siège pendant la grossesse, 7 se sont changées spontanément en présentation du vertex avant le travail (obs. 34. 151. 214. 226. 232. 266. 280.); et 4 ont été changées à l'aide de la version céphalique, opérée par manœuvres externes (obs. 40. 44. 73. 211.). La présentation dans les autres cas n'a pas été déterminée ou était indéterminable, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement.

La position dans chacune de ces présentations a été pour le vertex; la 1re, (occipito-iliaque gauche antérieure), 174 fois; la 2e (occipito-iliaque droite postérieure), 44 fois; la 3e (occipito-iliaque droite antérieure), 3 fois (obs. 254. 273. 292.). Ces positions constatées la plupart pendant la grossesse, ont offert quelquefois du changement, même avant le travail, ainsi, la 2e position s'est changée spontanément en 1re; (obs. 210. 266. 283. 291.), ou en 3e (obs. 254. 273.). C'est en première position qu'est venu le cas de présentation de la face, (obs 169.). Dans les présentations du siège, il y a eu 6 fois la 1re position (sacro-iliaque-gauche), et trois fois la 2e (sacro-iliaque-droite), les autres cas n'ont pas été déterminés. Pour la présentation des pieds, il y a eu deux fois la 1re position, (calcaneo-iliaque-gauche), et 3 fois la 2e (calcaneo-iliaque droite). Pour les présentations du tronc, deux fois, c'est l'épaule droite et deux fois l'épaule gauche, la tête de l'enfant étant à gauche de la femme dans les premières et à droite dans les secondes.

Pathologie du produit. C'est surtout après l'accouchement que le fœtus et les annexes ont pu offrir des lésions anatomiques déterminées, que nous verrons plus loin, mais la grossesse a pu permettre de pré-

dire aussi ces lésions par les symptômes observés chez la mère ou chez l'enfant, l'hydromnios (obs. 80. 194. 216. 239. 260. 273.), la lenteur ou la suspension temporaire des mouvements fœtaux (obs. 214. 216. 239 285.), le gonflement subit et l'écoulement des seins, (obs. 248), chez la mère, les eaux amniotiques vertes sans raison suffisante pour fatiguer le fœtus pendant le travail (obs. 250.). Les vices de conformations, lorsqu'ils n'ont pas pu être prévus pendant la grossesse se sont montrés au moment de l'accouchement, tels que le Spina bifida, (obs 239), l'anancéphalie (obs. 194.), enfin, le fœtus est mort à une époque avancée de la grossesse, dans 26 cas; parmi lesquels, 10 venaient en présentation du sommet (obs. 36. 113. 178. 106. 203. 248. 264. 273 274. 299); 5 en présentation des pieds ou du siège (obs. 5. 26. 32. 269. 282.), et trois en présentation du tronc (obs. 80. 116. 190.), les autres cas n'ont pas été déterminés, ou la présentation était indéterminable.

Diagnostic. Les femmes ont pu cacher leur grossesse jusqu'à 5 mois (obs. 242.) jusqu'à 7 et 8 mois (obs. 74. 98) et même jusqu'à terme (obs. 131. 203.) Elles ont perçu les premiers mouvements de leurs enfants à 5 mois (obs. 214. 297.) à 4 mois (obs. 49. 65. 70. 113. 157. 157. 209 210. 222. 275. 292), à 3 mois 1/2 (obs. 29. 276.), à 3 mois (obs. 7. 55. 191. 193.) à 2 mois 1/2 (obs. 8. 250) et même à 50 jours (obs. 197.). Il faut admettre ces dernières époques avec réserve et ne pas les confondre avec des mouvements spasmodiques (obs. 218.) ou autres; mais on est forcé de convenir que la perception des premiers mouvements fœtaux n'a pas lieu à époque fixe et dépend de diverses causes.

Par le palper abdominal combiné surtout avec le toucher vaginal j'ai pu reconnaître la grossesse à 4 mois (obs. 67. 70. 113. 120.); à 3 mois (obs. 77. 170 225. 227. 232.), à 2 mois (obs. 54. 55. 101. 106. 125. 148. 227. 228. 296. 300.), à 1 mois (obs. 184. 222. 275. 292.), et même 25 jours après la fécondation (obs. 62. 167.). Par l'auscultation j'ai pu reconnaître la grossesse à 4 mois (obs. 54, 55.) seulement; mais par ce moyen j'ai pu reconnaître deux fois le sexe de l'enfant (obs. 204 208) et une fois ce moyen de diagnostic est resté en défaut (291.).

Quant au diagnostic du nombre des enfants, à leur présentation et à leur position ce diagnostic a été porté par le palper seul pratiqué pendant la grossesse à 5 mois (obs. 210); à 6 mois (obs. 65. 175.), à 7 mois 34 fois, à 8 mois 67 fois et à 9 mois 84 fois. Il m'a été même possible de déterminer les dimensions du fœtus par le palper (obs. 291), chose qui devrait être plus souvent employée, mais il est démontré pour moi que le palper abdominal convenablement employé est bien plus sûr que le toucher vaginal et que l'auscultation pour déterminer la présentation et la position fœtale comme pour une foule d'autres renseignements. Dans les grossesses doubles, le palper a permis de reconnaître non-seulement la présence des deux fœtus, il a permis de reconnaître la présentation et la position de chacun d'eux.

Soins. Des 299 femmes enceintes, 83 ont nécessité des médicaments pharmaceutiques, les préparations d'iode surtout, quelquefois les toniques, d'autres fois les calmants et les antinévralgiques, enfin les spécifiques. Les autres femmes n'ont pas demandé mes soins ou leur état n'a exigé que des conseils hygiéniques. Comme je l'ai dit plus haut, j'ai opéré 4 fois la version céphalique par manœuvres externes dans les cas de présentations permanentes du siège ou des pieds. Dans

deux cas cette version a été impraticable (obs. 13. 145.). J'ai provoqué l'avortement pour un cas grave d'hémorrhagie utérine (obs. 106.) et l'accouchement prématuré pour des cas de vice de conformation du bassin (obs. 137-235), enfin pour un cas de grossesse prolongée (obs. 67.). Dans beaucoup de cas et à toutes les époques de la grossesse j'ai arrêté, au contraire, par des moyens thérapeutiques, le travail qui arrivait prématurément et la grossesse a pu continuer sa marche.

Durée de la grossesse, terminaison. Comme il est démontré pour moi que les époques cataméniales sont les moments les plus fréquents auxquels a lieu l'expulsion du produit, je me servirai de ces époques, surtout comme base pour indiquer la durée de la gestation. Il y a eu 18 *avortements* arrivés, 1 à la demi époque cataméniale entre le 1er et le 2e mois (obs. 240.) ; 1 à cette 2e ép. cat. (obs. 154.) ; 1 à la 1/2 ép. cat. entre le 2e et le 3e mois (obs. 82.) ; 1 à la 3e ép. cat. (obs. 56.) 1 à la 4e ép. cat. (obs. 106.) ; 4 à la 5e ép. cat. (obs. 29. 32. 64. 113.) ; 3 à la 6e ép. cat. (obs. III. 186. 269.) ; et deux à la 1/2 ép. cat. entre le 6e et le 7e mois (obs. 36. 187.) ; un avortement s'est passé en dehors de ces époques (obs. 146), et pour trois cas l'époque n'a pas été régulièrement remarquée (obs. 152. 167. 199.)

Il y a eu 26 *accouchements prématurés* entre 7 mois et 8 mois 1/2, arrivés ; 5 à la 7e ép. cat. (obs. 5. 26. 50. 116. 156.) ; 3 à la 1/2 ép. cat. entre le 7e et le 8e mois (obs. 80. 177. 180.) ; 10 à la 8e ép. cat. (obs. 9. 43. 88. 142. 235. 248. 255. 260. 286.) De ces accouchements prématurés, 4 ne sont pas arrivés à ces époques régulières (obs. 124. 138. 273. 299.), enfin dans 4 cas l'époque n'a pas été précisée (obs. 21. 127. 137. 278.)

Des *Accouchements à terme*. 102 sont arrivés exactement à la 9e ép. cat. après la fécondation, ce qui prouve définitivement que cette époque est le terme physiologique de la grossesse. 22 cas, quoiqu'à terme ont précédé ou suivi de peu de jours la 9e époque cataméniale, enfin dans 24 cas, l'époque n'a pas été précisée.

Des *Accouchements retardés*, 34 sont arrivés à la 1/2 ép. cat. entre le 9e et le 10e mois ; 18 à la 10e époque, (obs. 4. 8. 14 24 28. 58. 63. 72. 134. 195. 200. 203. 214. 219. 226. 236. 247.), qui est pour moi le terme extrême de la durée de la grossesse. Parmi les grossesses prolongées, 6 n'ont pas fini aux époques fixes (obs. 41. 73. 166. 258. 259. 261.) ; enfin on n'a pas précisé l'époque dans 5 autres cas.

Le jour précis de la fécondation étant ordinairement difficile à connaître, on ne peut guère déterminer la durée de la grossesse par jours ; cependant, on a pu dans 16 cas assurer le jour auquel aurait eu lieu le coït fécondant ; (obs. 35. 41. 67. 71. 73. 88. 96. 107. 118. 140. 195. 222. 245. 247. 280. 289.), et d'après cette donnée, la grossesse aurait duré, 1er cas, 240 jours ; 2e cas, de 273 à 295 jours ; 3e cas, 280 jours ; 4e cas, 260 jours ; 5e cas, 287 jours ; 6e cas 242 jours ; 7e cas 249 à 270 jours ; 8e cas 265 à 272 jours ; 9e cas jours indéterminés ; 10e cas 259 jours ; 11e cas 257 à 260 jours ; 12e cas 266 jours ; 13e cas 262 jours au plus ; 14e cas 270 jours ; 15e cas 248 jours ; 16e cas de 258 à 277 jours. Ces chiffres seuls suffiraient à démontrer, même en connaissant le moment de la fécondation, qu'en comptant par jours, il est impossible de déterminer la durée moyenne de la grossesse, de manière à fixer d'avance l'époque de l'accouchement, tandis qu'en comptant par époques cataméniales, on reste plus dans le vrai.

Aucune femme n'est morte pendant la grossesse.

Époque. Les avortements ont eu lieu, 1 en février, 2 en mars, 1 en avril; 3 en mai, 1 en juin, 3 en juillet, 3 en août, 2 en septembre, 1 en octobre, 2 en novembre, et 2 cas indéterminés; maximum dans l'été. — Les *accouchements prématurés* ont eu lieu, 4 en janvier, 3 en février, 6 en mars, 6 en avril, 4 en mai, 1 en juin, 4 en juillet, 1 en août, 2 en septembre, 1 en octobre, 2 en novembre, et 2 en décembre; maximum de l'hiver au printemps. — Les *accouchements à terme* ont eu lieu, 11 en janvier, 20 en février, 19 en mars, 15 en avril, 16 en mai, 16 en juin, 15 en juillet, 17 en août, 9 en septembre, 12 en octobre, 24 en novembre, et 14 en décembre; maximum au commencement de l'hiver et au printemps. — Les *accouchements retardés* ont eu lieu, 4 en janvier, 2 en février, 4 en mars, 4 en avril, 1 en mai, 8 en juin, 6 en juillet, 4 en août, 2 en septembre, 8 en octobre, 5 en novembre, et 2 en décembre; maximum en été et en automne.

Durée du travail. Dans les avortements le travail apparent a duré 6 fois de 3 à 12 heures (obs. 32. 36. 82. 146. 186. 227); 5 fois d'un à deux jours (obs. 29. 113. 117. 240. 267.); 2 de 6 à 8 jours (obs. 111. 257.) et 2 de 15 à 17 jours (obs. 64. 284.); 5 avortements indéterminés.

Dans les accouchements, lorsque la période qui a précédé ou suivi la rupture des membranes a été distincte, elle s'est répartie ainsi qu'il suit : 1° La durée approximative entre le commencement du travail et la rupture des membranes a été dans 81 cas d'une à six heures; dans 76 cas de 7 à 12 heures, dans 30 cas, de 13 à 30 heures; de 2 à 4 jours dans 6 cas (obs. 205. 213. 219. 249. 253. 282.), elle n'a pas été déterminée dans les autres cas. — 2° la durée exacte entre la rupture des membranes et la sortie de l'enfant a été au plus d'un quart d'heure dans 15 cas (obs. 108. 118. 142. 144. 175. 186. 220. 226. 236. 253. 257. 260. 278. 281. 294.); d'une demi-heure dans 24 cas (obs. 4. 14. 34. 43. 57. 58. 78. 83. 123. 125. 126 133. 135. 139. 156. 158. 181 210. 211. 230. 231. 231. 275. 296); d'une heure dans 22, de 2 heures dans 41, de 3 heures dans 34, de 4 heures dans 14, de 4 heures dans 11, de 6 heures dans 5 cas, de 7 heures dans 1 cas (obs. 46.) de 8 heures dans 2 (obs. 132 290), de 10 heures dans 2 (obs. 237. 271.), de 12 à 13 heures dans 2 (obs. 258, 287), de 15 à 20 heures dans 3 (obs. 263. 264. 288.) de 24 à 30 heures dans 1 (obs. 274); mais il est à remarquer que là où le travail n'a pas débuté par la sortie des eaux et qu'il s'est passé plus de 4 heures entre la rupture de la poche et la sortie de l'enfant, ce sont des cas où je n'assistais pas moi-même le travail dès le début. Si on prend au contraire la durée moyenne des accouchements qui se sont terminés entre 0 et 5 heures après la sortie ordinaire des eaux, on trouve que de la rupture de la poche à la sortie de l'enfant il y a tout au plus deux heures. Ceci a une grande valeur pour indiquer les indications de l'abstention et de l'intervention. Cette période n'a pas été déterminée dans les autres cas : enfin, lorsque le travail a commencé avec la rupture des membranes, il a duré deux heures au plus dans 5 cas (obs. 94 139. 214. 234. 300.); 3 heures dans 1 cas (obs. 59.); 4 heures dans 6 cas (obs. 71. 74. 85. 190. 323. 329.); 5 heures dans 1 cas (obs. 149.); 6 à 10 heures dans 7 cas (obs. 53.

124. 125. 160. 169. 225. 283). 12 heures dans 2 cas (obs. 162. 165.); 13 heures dans 1 cas (obs. 93.); 36 heures dans 1 cas (obs. 163); 2 jours dans 1 cas (obs. 255.) et 3 jours dans un autre (obs. 161.). Dans un cas commençant par la rupture de la poche, le travail a été si prompt que je n'ai pas pu arriver à temps pour assister la femme (obs. 204).

Accouchements physiologiques se faisant habituellement sans troubler la santé de la mère et de l'enfant 159 cas dont 64 au *premier degré;* c'est-à-dire terminés facilement, avec peu ou pas de douleur, une demi-heure environ après la rupture de la poche des eaux et 95 cas au *deuxième degré.*

Des accouchements physiologiques au 1er degré 13 se sont terminés tout à fait spontanément (obs. 4. 20. 36 108. 123. 131. 133. 197. 204. 226. 234. 255. 280.) et 51. avec de légers auxiliaires. Considérées au point de vue du lieu de leur naissance, les femmes qui ont eu un accouchement physiologique au 1er degré sont 5 des nations du nord de la France (obs. 14. 58 108. 181. 125.); 18 de la zone septentrionale de la France (obs. 4. 34. 43. 83. 99. 118. 139. 142. 170. 208. 211. 216. 226. 246. 256. 257. 260. 260.); 51 de Paris (obs. 20. 57. 78. 86. 125. 184. 185. 189. 193. 197. 207. 210. 220. 241. 250.); 17 de la zone moyenne de la France (obs. 35. 77. 126. 131. 133. 135. 175. 204. 223. 230. 231. 234. 255. 278. 292. 294. 296.); 5 de la zone méridionale de la France (obs. 49. 197. 212. 275. 300.); un des nations au Sud de la France (obs. 144.), et dans 3 cas le lieu de naissance n'a pas été déterminé (obs. 123. 253. 281.). De ces chiffres il résulte que chez les femmes natives de Paris et chez lesquelles la civilisation montre le plus haut degré d'influence, l'accouchement entièrement physiologique est encore assez fréquent; et si en dehors de Paris, on compare les diverses zones on trouve, relativement, que les femmes nées dans la zone moyenne de la France ont plus souvent l'accouchement physiologique au 1er degré que celles des autres zones. Il faut se rappeler cependant qu'au point de vue de la hauteur de la taille c'est la zone nord qui l'emporte; c'est-à-dire que le développement horizontal du squelette, plus prononcé chez les femmes de la zone moyenne, coïncide plus souvent aussi avec la bonne conformation du bassin et avec la facilité de l'accouchement.

Quant aux professions considérées au point de vue de l'accouchement physiologique au premier degré, leur influence, comme celle de la constitution et du tempérament, peut être déterminée aussi mais elle est loin d'égaler celle du lieu de naissance et par conséquence de la race à laquelle appartient la femme.

Des 159 accouchements physiologiques 95 l'ont été au 2e *degré;* c'est-à-dire que le travail s'est accompagné de douleurs, de petits accidents ou complications faciles à réparer ou s'est prolongé jusqu'à 2 ou 3 heures après la rupture des membranes. De ces accouchements 3 seuls (obs. 153. 214. 242.) se sont terminés spontanément, les autres ont nécessité de légers auxiliaires, consistant presque toujours en manœuvres tout à fait inoffensives pour la mère et pour l'enfant.

Accouchements pathologiques, qui habituellement ou par accident ont altéré la santé de la mère ou de l'enfant, 141 cas parmi lesquels figurent *les présentations du fœtus autres que celle du vertex*, et qui n'ayant pas été changées par la nature ou par l'art sont restées telles pendant ce travail; ce sont les présentations de la face (obs. 169.), du tronc (obs. 80, 96. 164. 190), du siège (obs. 5. 13. 24. 31. 111. 145. 294. 282.) et des pieds (obs. 26. (obs. 29 grossesse jumellaire, 32. 211); c'est-

à-dire que sur les 28 présentations, autres que les présentations directes du vertex offertes par le fœtus pendant les derniers temps de la grossesse ou au début du travail, 14 fois elles ont été changées, 8 fois spontanément et 6 fois artificiellement. En d'autres termes, si dans le cours de la grossesse et surtout au début du travail on peut porter un diagnostic certain, comme le permet de le faire le palper abdominal aidé par les autres moyens d'exploration, on peut espérer de voir les présentations anormales se convertir en présentations directes du vertex, soit spontanément, soit par les ressources de l'art; car si la moitié des présentations anormales a persisté ici, c'est parce que j'ai été appelé à un moment où la réduction, la version céphalique, ou même le diagnostic étaient impossibles. Parmi les autres accouchements pathologiques se trouvent 98 cas de *dystocye* où pour des causes mécaniques le travail s'est prolongé au moins trois heures après la rupture de la poche des eaux, temps qui est la durée extrême de l'accouchement physiologique, bien entendu lorsque le travail ne débute pas par cette rupture. Ces causes mécaniques ayant pu être déterminées, soit qu'elles provinssent de la mère, soit qu'elles provinssent de l'enfant sont indiquées parmi les accidents et complications du travail.

Complications et accidents, provenant de la mère. 75 *cas de rétrécissement du bassin* déjà notés plus loin. Le *col utérin* a offert 3 fois l'oblitération plus ou moins complète (obs. 120. 209. 276.) de ses ouvertures; 2 fois les varices (obs. 110. 129.); 1 fois la contraction spasmodique (obs. 60.). *Le corps utérin* a offert des contractions lentes et faibles pendant tout le travail 2 fois (obs. 171. 176.); lentes seulement par intervalles 5 fois (obs. 201. 251. 252. 274. 268.). Une fois la station verticale a suffi pour les suspendre (obs 272); 9 fois ces contractions ont alterné entre une forte et une faible (obs. 100 107. 129. 195. 198. 230. 245. 281. 283.); dans 5 cas, ces contractions ont été subintrantes, continues ou tétaniques (obs. 251. 272, 275. 289. 290.); dans 2 cas elles ont été partielles (obs. 273. 296) Dans 4 cas, il y a eu du rhumatisme utérin (obs. 17. 71. 150. 180.). Enfin les contractions se sont suspendues par suite de fatigue de l'utérus (obs. 219.). Cet organe a offert 1 fois une tumeur par suite d'amincissement partiel de ses parois (obs. 75.), et 4 fois des hémorrhagies externes, dont deux légères (obs. 4. 18.), et deux assez graves (obs 47 50). *Le vagin* a offert une oblitération presque complète 1 fois (obs. 205.) et une fois il a offert un gonflement assez considérable (obs 235). *La vessie* a offert 1 fois une distention gênante pendant le travail sans qu'on aie pu pratiquer le cathétorisme (obs. 48.), et une fois la cicatrice d'une fistule vesico-vaginale a pu supporter le travail sans se rouvrir (obs. 249.). *La vulve* a offert du gonflement considérable résultant d'un travail prolongé dans 1 cas (obs. 253.), et la vulve comme le périnée, quoiqu'on en dise dans les traités d'obstéoriques comme dans les traités de médecine légale, a pu à l'aide de maneuvres inoffensives laisser passer l'enfant chez 50 primipares, sans même entamer le repli muqueux de la fourchette (obs. 10. 11. 12. 16. 18. 29 32. 41. 48. 50. 51. 53. 62. 72. 74. 75. 76. 78. 79. 88. 91. 94. 98. 100. 101. 112. 120. 121. 122. 124. 130. 141. 165. 173. 183. 201. 203. 212. 216. 230. 236. 246. 251. 264. 268. 283. 287. 288. 290. 298). Dans d'autres cas de primipares, il y a eu éraillure de la *fourchette*. (v. obs. 8. 22. 33. 60. 68. 84. 221. 254. 261. 273. 274), et 1 fois l'éraillure s'est faite sur le côté de la vulve (obs. 160.). Il y a eu 5 fois rupture, plus ou moins prononcée du *périnée*, sans division du sphyncter anal (obs. 28. 46. 83. 206. 258.

Ces ruptures ont été guéries par la suture immédiate, une seule s'est guérie spontanément en se réunissant par première intention.

Il y a eu pendant le travail des *vomissements* dans 13 cas dont 11 de matières alimentaires (obs. 25. 76. 95. 100. 201. 208. 268. 269. 289. 298. 300), un de matières glaireuses (obs. 222.), et un de matières ayant l'aspect stercoral (obs. 278.). Bien d'autres *phénomènes nerveux* sont venus compliquer le travail : 14 cas de sensibilité générale exaltée (obs. 3. 23. 26. 27. 43. 62. 66. 74. 116. 122. 132. 183. 273. 285.), sans compter un cas de rhumatisme musculaire général aigu (obs. 186.); un cas de douleurs excessives de la région sacrolombaire (obs. 208.); un cas de boule hystérique (obs. 297) ; 2 cas de défaillances (obs. 43. 298), et un cas faiblesse syncopale assez grave (obs. 97.). Il y a eu un cas de spsames existant dans les bras et les mains (obs. 296.), 5 cas de convulsions hystériformes (obs. 67. 143. 148. 193. 195.), et 2 cas de convulsions éclamptiques (obs. 127 286.); un cas d'éclampsie a offert l'avertissement de l'*aura* comme dans l'épilepsie (obs. 270.). D'autres phénomènes nerveux sont venus compliquer le travail (obs 201. 203. 2 8) parmi lesquels il y en a eu de très-bizarres. Ainsi de l'hyperesthérie sur divers points de la peau (obs. 254.), des névralgies dentaires (obs 107. 148), la congestion des seins (obs. 71.) et un tiraillement d'estomac pareil à la faim, tous phénomènes qui ont accompagné la contraction utérine pour se répéter avec elle. Enfin dans un cas (obs. 291.), les contractions utérines au lieu de suivre leur périodicité habituelle étaient remplacées, dans plusieurs périodes, par des contractions vésicales. Je terminerai par un cas non moins singulier (obs. 229.) c'est celui d'une femme à l'accouchement duquel assistait son amant, et qui l'entendant crier fort, lui dit à diverses reprises de se taire. Voyant qu'elle continuait, il lui appliqua, en ma présence, un violent soufflet, chose que je traitai de barbare. Cet homme était de l'Amérique du nord. La pauvre femme, soit par contrainte, soit par transformation, depuis le soufflet ne cria plus, ne pleura pas et accoucha comme si elle n'éprouvait aucune souffrance.

Accidents et complications occasionnés par le produit. J'ai déjà parlé des présentations anormales : il suffit d'indiquer les grossesses jumellaires (obs. 29. 35. 274.). J'arive à d'autres complications; ainsi dans les 44 cas de grossesse prolongée, l'enfant a offert presque toujours un excès de développement Dans 2 cas il y a eu procidence du bras (obs. 139. 202.), et dans 2 autres prolapsus du cordon (obs. 259. 264.). Ces procidences et ces prolapsus avaient déjà eu lieu lorsque jai été appelé auprès des malades; c'est-à-dire que de pareils accidents n'arrivent plus dans ma clientèle où je parviens à les prévenir par des soins appropriés. Il est bien entendu que je ne parle pas d'une anse de cordon qui pourrait se loger le long du cou et sortir de la vulve en même temps que cette partie foctale (obs. 92.), c'est-à-dire après la tête. Ces cas peuvent se produire sous les mains les plus habiles. De même dans les cas où le travail s'est prolongé après la rupture des membranes, la bosse serosanguine a été observée d'une manière presque constante, mais ces cas sont ceux où j'ai été appelé tard en consultation. Dans ma clientèle, comme j'applanis les difficultés, et que si la sortie fétale ne se fait pas 3 heures après la rupture des membranes, j'applique le ténicens, la bosse sero sanguine sur la tête fétale a disparu de ma pratique ordinaire. Il y a eu un seul cas de brièveté absolue du cordon ombilical (obs. 68.) et 38. cas de brièveté relative (obs. 16. 22. 39. 42. 44. 53. 72. 76. 78. 93. 94. 115. 117. 137. 157. 160. 162. 188. 189. 198. 209.

212. 218. 219. 223. 230. 234. 237. 245. 251. 257. 268. 278. 281. 288. 296. 297. 300.), c'est-à-dire que cette dernière complication est plus fréquente qu'on ne le pense, et comme elle influe souvent sur la marche du travail qu'elle prolonge ou dérange dans ses divers temps, on ne saurait trop chercher à reconnaître d'avance la présence des tours du cordon au cou de l'enfant. L'implantation du placenta sur le col utérin à une époque avancée de la grossesse et au moment du travail s'est montrée 5 fois (obs. 109. 197. 244. 265), dont un cas sans hémorrhagie (obs. 231). Dans le cours du travail, l'enfant a offert des anomalies dans la rotation 11 fois (obs 25 27. 30. 95. 96. 109. 115 157. 168. 219 223.), et dans 8 cas la rotation de l'occiput s'est faite tout à fait en arrière (obs. 22. 50. 136. 151. 221. 283. 287. 288.). Enfin dans 3 cas (obs. 251. 263. 288.), la tête une fois dégagée de la vulve est restée enfouie dans le sillon ano-vulvaire par manque de descente des épaules dans l'excavation.

Petites manœuvres obstétricales. Si sous le nom de petit travail on a abusé des manipulations, qu'on a pu faire sans intelligence dans le but de faciliter la sortie de l'enfant, il faut dire aussi que sous l'inspiration de l'École expectante on a trop compté sur les efforts de la nature et on est allé à l'excès contraire. Pour mon compte, je ne reste pas inactif auprès de la femme qui accouche, et si je ne pratique pas toujours des manœuvres, j'épie le travail si naturel qu'il paraisse, pour en suivre les plus petites phases et corriger les anomalies, applanir les difficultés dès qu'elles apparaissent. C'est ainsi que dans 132 cas les choses étant suffisamment en bonne voie, j'ai pratiqué artificiellement *la rupture des membranes*. C'est-à-dire qu'en retranchant les cas où le travail a débuté par cette rupture avant l'arrivée des contractions douloureuses, et que j'ai indiqués plus loin, ainsi que les cas où cette rupture a eu lieu spontanément à une époque plus ou moins avancée du travail, j'ai rompu les membranes au moins trois fois sur quatre, bien entendu dans les cas de grossesse à terme; je ne veux pas parler des avortements ni des cas où il y a eu contrindication formelle de cette rupture. La poche elle-même a offert dans sa forme, sa résistance ou son diagnostic des particularités que j'ai notées dans 6 cas (obs. 210. 222. 263. 273. 275. 296.), et sa rupture a exigé dans 2 cas (obs. 283. 276) des soins dont ne parlent pas les auteurs. Dans 73 cas *j'ai redressé l'utérus* dévié soit en faisant coucher la femme sur le côté opposé, soit en relevant extérieurement le fond de l'organe déplacé, soit surtout en accrochant le col avec le doigt pour le porter en avant et l'y maintenir jusqu'au redressement. Dans 63 cas j'ai facilité *la dilatation du sol* par une douce pression de ses bords à l'aide de la pulpe des doigts, ou j'ai fait chevaucher ces bords sur la tête fétale, la lèvre antérieure surtout qui tend à être pincée entre l'arcade pubienne et la tumeur céphalique. Outre les états dont j'ai parlé à propos des complications du col j'ai remarqué dans 4 cas (obs. 251. 272. 273. 288.) des particularités qui ont eu lieu pendant la dilatation et qui ont nécessité mon intervention.

Pour faciliter ce travail, j'ai dû diriger plus spécialement les petites manœuvres sur le fœtus, sur le corps utérin et sur ses annexes, tels que la vessie, le vagin, le périnée et la vulve: 42 fois j'ai facilité par des manœuvres externes ou internes *la rotation de la tête et du tronc du fœtus* qui tardait à se faire, contrariant ainsi la marche du travail, 4 fois j'ai facilité l'engagement fœtal par une douce pression sur ce fond utérin pendant la contraction utérine (obs. 189. 196. 248. 297.).

46 fois *j'ai abaissé le plancher du bassin* en appuyant sur la paroi inférieure du vagin les doigts explorateurs (index et médius) pendant la contraction utérine, soit pour vider le rectum, soit pour diminuer les résistances que pouvait rencontrer la tête dans la distension de ce plancher, soit pour m'assurer si pendant les efforts utérins et volontaires, la tête fœtale restait immobile ou avançait pour reculer après, soit même pour provoquer les efforts volontaires de la femme. Dans le plus grand nombre des cas, j'ai refoulé avec la pulpe des doigts, *le repli, vagino-vésical* qui tend à se former entre la tête fœtale et l'arcade pubienne et les bords vulvaires au moment où la tête a franchi le détroit inférieur sans avoir dépassé la vulve. Je pratique dans ces cas, d'abord le chevauchement de l'angle antérieur de la vulve, puis celui des bords latéraux sans toucher à l'angle postérieur. 93 fois j'ai opéré la *flexion artificielle* de la tête en abaissant l'occiput à mesure qu'il avançait sous l'arcade pubienne et puis j'ai opéré *l'extension artificielle* par des pressions ménagées exercées, sur le périnée distendu et surtout sur l'espace ano-coccygien; 75 fois, la tête étant sortie sans être suivie de la prompte rotation des épaules, *j'ai opéré cette rotation extérieure* et aidé la sortie de l'enfant en accrochant l'aisselle qui doit aller en arrière et qui doit être ensuite la première à se dégager au dehors tout en continuant le mouvement de rotation Je ne parlerai pas d'une foule d'autres manœuvres moins importantes quoique utiles, ni d'une foule de *petits soins* secondaires tels que la position à donner à la femme, couchée sur le dos, sur le côté ou debout et marcher suivant qu'il faut raprprocher ou éloigner les contractions utérines, faciliter le redressement et l'engagement du fœtus, etc.

Opérations obstétricales. Peu de jours avant le travail de l'accouchement, j'ai fait par manœuvres externes, 4 fois la *version céphalique* dans des cas de présentation des pieds ou du siége (obs. 40. 45. 73. 211.) qu'une observation prolongée avait reconnu permanentes; j'ai opéré 2 fois *l'avortement thérapeutique* pour des hémorrhagies irréparables (obs. 64. 106.); une fois *l'accouchement prématuré forcé* pour une femme atteinte d'albuminerie et d'éclamps (obs. 127.); une fois j'ai *provoqué prématurément le travail* par le moyen des douches sur le col utérin dans le cas où le détroit supérieur du bassin n'offrait que sept centimètres dans le diamètre antiro-postérieur (obs. 137.); et deux fois j'ai provoqué, par le même moyen, le travail pour des *grossesses qui menaçaient de dépasser le terme* des neuf mois sur des femmes atteintes de retrécissement pelvien (obs. 137. 249.), 5 fois j'ai opéré par manœuvres externes pendant le travail la *réduction céphalique*, pour ramener sur le centre du détroit la tête fœtale qui tendait à s'en éloigner pour se changer en présentation de la face ou du tronc (obs. 111. 140. 174. 196. 235.), et une fois par des pressions extérieures, j'ai opéré *l'engagement de la tête fœtale* à travers ce même détroit (obs. 252). J'ai pratiqué 7 *versions podaliques ;* pour le cas d'accouchement forcé dont je viens de parler (obs. 127), pour un autre cas de femme morte inaccouchée et où il a fallu pratiquer aussi l'accouchement forcé (obs. 299.); enfin j'ai dû pratiquer la version podalique dans 4 cas où la présentation ayant été méconnue on négligée, l'enfant offrait le bras ou l'épaule (obs. 144. 202. 244. 265.), et une fois en pratiquant l'accouchement forcé pour un cas extrême d'hémorrhagie par suite de *placenta prævia* (obs. 190.). Je n'ai pas besoin de dire que dans presque tous ces cas, la version podalique aurait pu être évitée en s'y prenant à l'avance comme je ne cesse de le répéter. J'ai pratiqué une fois le

tamponnement du vagin pour arrêter l'hémorrhagie et provoquer le travail (obs. 64.), et 78 fois j'ai appliqué le *lenicèps*; c'est-à-dire 38 fois dans ma clientèle propre, et 20 fois après avoir été appelé en consultation, le travail étant déjà avancé. Dans ces derniers cas des tentatives d'opérations, souvent, avaient été faites déjà par d'autres, soit avec le forceps soit à l'aide d'autres moyens. De ces applications de léniceps deux ont été faites après la perforation de la tête fœtale (obs. 258. 259.), une pour ramener l'occiput en avant pendant qu'il se portait en arrière (obs. 277.), et une pour extraire la tête qui ne voulait pas suivre le tronc dans la version podalique (obs. 299.). Enfin une des branches du léniceps dans un cas a servi de lévier (obs. 64). J'ai pratiqué 3 fois *l'embryotomie* dans des cas de bassins fortement viciés (obs. 128. 258. 259.), Le *débridement du col* a été opéré une fois par moi (obs. 209) et une fois par d'autres (obs. 205.). Dans un cas d'oblitération complète du col utérin, j'ai pratiqué par éraillure une *ouverture artificielle* qui a livré passage à l'enfant (obs. 276.); une seule fois j'ai administré le *seigle ergoté* pour exciter les contractions utérines pendant le travail tandis que plus d'une fois j'ai du remédier aux accidents résultant de l'emploi intempestif de ce moyen thérapeutique (obs. 263. 288. 280.), une fois j'ai opéré le *cathétérisme vésical* pendant le travail (obs. 286.) et une autre fois le cathétérisme a été impossible (obs. 48.), enfin j'ai dû une fois (obs. 278.) *vider le rectum avec la curette* tandis que bien d'autres fois il a suffi d'opérer la manœuvre qui sert à abaisser le plancher du bassin. *L'inhalation* a été employée 23 fois et à dose sédative encore plus qu'à dose complètement anesthérique. Je me suis servi 3 fois *d'éther* (obs. 73. 209. 249.); les autres fois de *chloroforme* (obs. 2. 23. 26. 27. 28. 33. 43. 44. 60. 62. 67. 74. 84. 93. 101. 132. 140. 183. 251. 286.) — Sur les 300 cas dont je fais la statistique, la nature a 14 fois seulement opéré seule et 286, l'art est intervenu d'une manière plus ou moins active pendant le travail.

La délivrance, dans les avortements. n'a rien offert de particulier, mais dans trois cas (obs. 240. 267. 284.), j'ai pu étudier avec intérêt l'état pathologique de l'œuf. Dans les accouchements la délivrance s'est faite sans aucune intervention sept fois (obs. 15. 12. 29. 113. 198. 212. 219), et 10 fois tout à fait artificiellement en introduisant la main dans l'utérus (obs. 43. 72. 127. 136. 187. 190. 201. 202. 234. 278.); parmi ces cas il y a eu deux cas de *placenta prævia* (obs. 187. et 190.) et un cas (obs. 202.) où la matrice était tout à fait tombée en anteversion. Dans 236 cas la délivrance s'est opérée naturellement; c'est-à-dire par de petites tractions faites sur le cordon ombilical et par des pressions extérieures un quart d'heure environ après la sortie de l'enfant.

Dans neuf cas la délivrance s'est faite immédiatement après la sortie de l'enfant (obs. 236. 252. 253. 258. 259. 260. 263. 264. 273), soit qu'elle ait eu lieu spontanément, soit que le délivre se trouvant à la vulve j'aie exercé de légères tractions. La délivrance des autres cas n'a pas été déterminée. — Parmi les accidents et complications de la délivrance, il y a eu un cas d'adhérence étendue du placenta (obs. 136.) et un cas d'adhérence des membranes (obs. 241.). Enfin il y a eu un cas (obs. 269.) d'adhérence temporaire du délivre que j'ai reconnue par un nouveau signe. Dans quatre cas le délivre a été retenu pendant plus d'une heure par suite de défaut de contractions utérines (obs. 161. 201. 234. 278) ou par excès de ces contractions (obs. 126.). La délivrance

s'est accompagnée de perte de sang plus abondante que d'habitude, avant la sortie du délivre dans 11. cas (obs. 47. 95. 100. 111. 116. 134. 177. 178. 179. 180. 186.). Après la sortie du délivre dans 18 cas (obs. 21. 38. 47. 57. 64. 80. 210. 212. 215. 219. 227. 231. 260. 274. 281. 288. 289. 293.) dont cinq n'étaient pas de ma clientèle, et pour lesquels j'ai été appelé en consultation. Parmi les moyens employés, trois fois j'ai dû recourir à la compression de l'aorte ventrale (obs. 231. 274. 288.). Enfin une portion minime du délivre dans un cas est restée dans l'utérus sans pouvoir être extraite (obs. 231.) et n'a pas produit d'accidents. — Le placenta a offert 11 fois des vices de conformation (9. 27. 61. 68. 95. 109. 117. 120. 169. 222. 249.) une fois un excès de développement (obs. 261). Il a offert un épaississement de la caduque, soit en forme de cercle, soit par plaques dites fibrineuses dans 17. cas (obs. 74. 85. 89. 102. 117. 119. 148. 150. 174. 214. 236. 261. 291. 294. 295. 296. 297.). Il a offert 4 fois des kystes ou petites poches remplies de sérosité (obs. 92. 102. 117. 148.) et deux fois une infiltration séreuse générale, le fœtus étant mort, (obs. 273) ou vivant, mais faible (obs. 260. Le placenta a offert des congestions très-marquées avec quelques hemorragies intersticielles dans 9. cas (obs. 203. 248. 250. 278. 282. 291. 295. 296. 297.). Il a offert 22 fois des dégénérescences ou transformations fibreuses occupant tantôt l'épaisseur d'un ou de plusieurs cotylédons (obs. 71. 72. 73. 90. 103. 135. 203. 248. 291. 295.) tantôt le tissu qui sépare les divers cotylédons et où les cordons fibreux ont pu même s'incruster de sels calcaires (obs. 78. 89. 107. 125. 150. 211. 222. 261. 278. 295. 298. 300); tout autant de lésions inexplicables sans admettre la placentite. — Le cordon ombilical a offert un excès de longueur dans 5 cas (obs. 78. 223. 226. 234. 264) et une brièveté absolue dans 4 cas (obs. 68. 251. 252. 253.); nous avons vu plus haut les cas où il a offert une brièveté relative tenant à des tours de cette tige enlaçant l'enfant, et une fois il a présenté en un nœud (obs. 226.). La structure du cordon a offert des particularités dans 6 cas (obs. 125. 208. 231. 275. 282. 300.), et une fois (obs. 82.) cette tige étant grêle s'est rompue pendant les tractions, il s'agissait d'un avortement. — Les membranes, par leur disposition, leur résistance ou leurs adhérences à l'utérus ont offert des particularités dans 8 cas (obs. 8. 43. 64. 82. 98. 171. 187. 213) sans compter les nombreux cas où l'on a constaté la présence de la poche amino choriale. Dans 3 cas cette poche était remplie de sérosité et les femmes ont offert comme on dit les doubles eaux (obs. 194. 281. 296.). Dans 3 cas les eaux amniotiques étaient teintes de méconium par suite de la souffrance de l'enfant (obs. 72. 92. 250.) et une fois (obs. 51.) ces eaux manquaient d'un manière presque absolue.

Résultats immédiats du travail. — Les femmes chez lesquelles l'accouchement a eu lieu dans les conditions ordinaires de ma clientèle ont toutes survécu au travail. Dans un cas (obs. 278.), l'accouchement s'est opéré pendant l'agonie, la femme succombant à une maladie cancéreuse. Dans 3 cas où j'ai été appelé en consultations pour des cas désespérés, à une epoque avancée du travail, (obs. 244. 265. 282), la femme est morte peu après, enfin j'ai été appelé à accoucher une femme (obs. 299.), morte depuis une heure. — Des enfants, 14 sont nés avant l'âge de la viabilité, et parmi ces enfants, 9 étaient morts. (obs. 21. 82. 113. 146. 154. 167. 199. 227. 240.); 5 sont nés vivants; (obs. 29. 64. 111. 127. 186.). Des 260 enfants ayant l'âge de la viabilité, nous avons déjà vu que 24 étaient morts pendant la grossesse,

17 sont nés en état de mort apparente, et ont pu être ranimés. De ce nombre 9 ont été observés sur des cas où j'avais été appelé tardivement en consultation, (obs. 24. 132. 172. 202. 205. 253. 261. 263. 287.), et 8 dans ma clientèle, (obs. 38. 48. 101. 137. 209. 212. 251. 278.); mais où il y avait des rétrécissements du bassin, ou autres obstacles mécaniques bien marqués. Un cas d'anencéphalie, (obs 194.). Deux cas de céphalotripie (obs. 128. 258.). Des 17 enfants qui sont morts pendant le travail ou peu après. 9 se sont trouvés dans les cas où j'ai été appelé tardivement en consultation, (obs. 31. 134. 219. 237. 244. 265. 271. 288. 290.); et 8 dans ma clientèle, mais ou l'enfant était faible ou malade avant le travail, ou bien la mère offrait un rétrécissement du bassin très-marqué, (obs. 114. 140. 156. 187. 188. 192. 249. 274.). Enfin, 202 enfants sont nés bien vivants et ont survécu; seulement parmi ces enfants, 1 a offert des contusions (obs. 283.), un autre, une hémiplégie faciale qui a promptement disparu, (obs. 151.), deux, une ophtalmie intra-utérine (obs. 156. 221.), un des vomissements (obs. 234.), et un est né faible, (obs. 235.). Dans les autres cas, l'état de l'enfant était indéterminable ou n'a pas été déterminé.

SUITES DE COUCHES.

Accidents fébriles. — Il ne faut pas compter ici l'élévation du pouls, qui suit immédiatement le travail, symptôme spasmodique plutôt que fébrile, mais bien la fièvre qui survient après la détente de cet état spasmodique, c'est-à-dire au bout de 24, 48 heures ou plus tard. — La fièvre a été tout à fait nulle dans 176 cas; c'est-à-dire que, malgré les partisans de la soi-disant fièvre de lait, cette fièvre a manqué à Paris même, sur presque les deux tiers des femmes accouchées. Parmi celles qui ont eu la fièvre . 1° chez 20, le pouls offrait une fréquence fébrile déjà avant ou pendant le travail, pour se continuer après, (obs. 5. 10. 15. 43. 51. 67. 72. 82. 84. 87. 93. 101. 110. 111. 116. 172. 178. 180. 196. 221.). 2° Dans 19 cas, la fièvre a été éphémère. (obs. 23. 27. 31. 38. 55. 68. 71. 81. 103. 104. 109. 208. 212. 222. 226. 242. 257. 283. 292.). 3° Il y a eu un cas de phlébite de la saphène sans œdème, (obs. 120.). 4° Il y a eu quatre cas d'éruptions morbilleuses (obs. 101. 114. 202. 268.). 5° Deux cas d'inflammations du petit bassin (obs. 44. 270.). 6° Sept cas de péritonite, (obs. 20. 21. 69. 140. 166.), parmi lesquels un cas en dehors de mes soins, (obs. 266.), et un autre (obs. 214.), où la péritonite a été illusoire (obs. 214.). 7° Deux femmes ont offert un rhumatisme aigu (obs 247. 250.). 8° 83 femmes ont offert des symptômes fébriles de résorptions généralisées, provenant de l'utérus (fièvres dites puerpérales), dont 26 sans inflammations abdominales, (obs. 55. 57. 60. 98. 99. 100. 106. 149. 156. 160. 162. 173. 182. 189. 206. 215. 221. 228 229. 235. 236. 268. 284. 294. 298. 300.). Dans 31 cas de ces fièvres, il y a eu des inflammations abdominales, 26 fois légères (obs. 2. 11. 12. 17. 26. 37. 55. 80. 92. 97. 99 121. 129. 138. 206. 215. 221. 228. 229. 235. 236. 268 284. 294. 298. 300.); et dans 5 cas de résorption, ces inflammations ont été graves (obs. 40. 170. 163. 213. 227.).

Accidents non fébriles chez les femmes. 1° Quoique mes remarques sur le volume du globe utérin dans les suites de couches n'aient pas été bien notées, j'ai constaté *le premier jour* ce globe dépassant le nombril 2 fois (obs. 285. 289.), de niveau avec le nombril une fois (obs.

224.) d'un doigt au-dessous du nombril 10 fois (obs. 206. 207. 208. 216. 220. 231. 254. 268, 281. 294.) de deux doigts 5 fois (obs. 211. 212. 223. 234. 250., de quatre doigts deux fois (obs. 217. 296.). J'ai constaté le *deuxième jour* le fond utérin à un doigt au-dessous du nombril 1 fois (obs. 249.), deux doigts 5 fois (obs. 211. 221. 223 234. 250.) trois doigts 3 fois (obs. 223.254. 255.), et quatre doigts sous le nombril une fois (obs. 208.). *Le troisième jour*, j'ai constaté le fond du globe (utérin, au-dessous du nombril d'un doigt une fois (obs. 285), et de trois doigts encore une fois (obs. 201.). Dans 4 cas le corps utérin était pévié à gauche au lieu de l'être à droite (obs. 209. 230. 257. 272). 2° J'ai constaté la flaccidité du globe utérin sans hémorrhagie 1 fois obs. 201.). 3° Il y a eu des hémorrhagies après la délivrance dans 12 cas, dont 4 d'internes ou utéro-vaginales (obs. 85. 196. 224. 251.) marquées surtout par l'élévation et le volume utérin et huit d'externes (obs. 61. 118. 138. 154. 176. 189 198. 215.). 4° Il y a eu 52 cas de tranchées bien douloureuses parmi lesquelles 23 cas de tranchées primives (obs. 27. 43 44. 61. 71. 95. 97. 104. 133. 165. 180. 196. 197. 198. 214. 231. 257. 260. 285. 294. 296. 297. 300); 25 cas de tranchées secondaires (obs. 2. 44. 73. 83. 84. 100. 103. 118. 129. 149. 155. 162 168. 169. 177. 185. 193. 214. 217. 218. 249. 250, 257. 275. 294.) et quatre cas de tranchées sympathiques (obs. 85. 208. 223. 292.). 5° Il y a eu hypéresthésie de l'utérus coïncidant ou non avec l'hypéresthésie générale dans 2 cas (obs. 257. 297.). 6° Dans 4 cas il y a eu évidemment des résorptions généralisées sans fièvre et sans symptômes bien marqués du côté de l'utérus (obs. 75. 171. 231. 235.). 7° La vessie a offert une faiblesse temporaire dans 5 cas (obs. 105. 151. 161. 271. 275.) et une paralysie temporaire de ce viscère avec paralysie du rectum dans un cas (obs. 93.). 8° Dans 3 cas il y a eu gonflement partiel de la vulve (obs. 3. 66. 74.) et une fois escarrhe sur la déchirure (obs. 243.). 9° Il y a eu dans un cas des douleurs recto-vaginales (obs. 243), dans un autre cas des douleurs à l'épaule (obs. 250), et dans d'autres des névralgies intermittentes (obs. 285) ; des douleurs bizarres (obs. 273) ; des accès hystériques (obs. 297) a des vomissements (obs. 111); une toux convulsive (obs. 250.); le constriction de la gorge (obs. 249.), ou le frisson et la céphalogis sans fièvre (obs. 296.). 10° Enfin il y a eu deux cas de convulsions éclamptiques (obs. 51. 127.); un dans le cours des suites de couchee arrêté surtout par la respiration artificielle, l'autre pendant la grossess; guéri par l'accouchement forcé.

Il faut savoir ici que chez presque toutes les accouchées, aussitôt après le travail, j'ai serré le ventre avec une ceinture, j'ai administré préventivement un à deux grammes de seigle ergoté là où la femme n'était pas sujette à de fortes tranchées; enfin, dans les cas où l'accouchée ne devait pas nourrir, j'ai administré un laxatif le 2e ou le 3e jour des couches.

Relevailles. Je n'ai pas noté d'une manière suivie les phénomènes des relevailles. Je trouve cependant la première levée de la malade au 4e jour (obs. 207), au 6e jour (obs. 204) au 7e jour (obs. 201.), au 8e jour (obs. 222.), au 10e jour (obs. 249.), au 15e jour (obs. 70), mais les malades se trouvant bien n'écoutent pas toujours les conseils de l'accoucheur. Pour mon compte, si bien que soit une femme, je ne lui donne jamais le conseil de se lever avant 8 à 10 jours et encore pour le temps de faire son lit d'abord, les jours suivants en restant de plus en plus sur pieds. — *Des accidents*, dans les cas d'imprudence ont

troublé les relevailles, tels sont la syncope (obs. 70.); le tiraillement douloureux des lombes et des aines (obs. 216), des tranchées survenant pendant la station verticale (obs 275), le phlegmon du petit bassin (obs. 276.) et surtout les hemorrhagies (obs. 95. 119. 201. 207. 222. 224. 289. 297.). — *Le retour de couches* a été noté au bout d'un mois après l'accouchement 5 fois (obs. 224. 242. 285. 294. 295.); au bout de six semaines trois fois (obs. 297. 298. 300.), au bout de sept semaines une fois (obs. 291.). Enfin il y a eu une fois congestion utérine sans écoulement de sang. (obs. 261.) — *La première sortie* de la femme hors de la maison a été notée une fois au 5e jour (obs. 207.) deux fois au 8e jour (obs. 224. 231.); trois fois au 9e (obs. 201. 226. 236.); une fois au 11e (obs. 221) et une fois au 12e (obs. 229.); mais si bien que soit la femme je ne lui permets jamais, quand elle me consulte, de sortir avant le 15e ou 20e jour, pour se reposer au bout du mois, parce qu'il y a alors à craindre la congestion cataméniale. Il va sans dire que lorsque les suites de couches ont offert des accidents la femme s'est levée du lit et est sortie de la maison bien plus tard.

Lactation-allaitement. La lactation n'a nullement paru sur 7 femmes (obs. 69. 78. 79. 189. 216. 236. 259.), et comme nous l'avons vu plus haut, lorsqu'elle a paru, elle n'a pas offert la soi-disant fièvre de lait. Dans les cas même où les suites de couches ont offert une fièvre éphémère, il y avait d'autres causes que le travail congestif des seins pour expliquer cette fièvre.

Des femmes qui ont mis au monde des enfants vivants et viables 60 mères ont commencé à donner le sein à leurs enfants et ces femmes ont eu l'agalactie (obs. 189. 234. 246. 247.); la galactirrhée (obs. 77. 292); une excessive sensibilité du mamelon (obs. 65. 195.); des gerçures (obs. 11. 13. 15. 30. 42. 72: 87. 125. 145. 179. 230. 246. 252. 261.); des mammites (obs. 11. 15, 72. 125. 145. 287.). Les mammites sont arrivées aussi sans allaitement (obs. 133. 183. 224.), seulement dans ces derniers cas elles n'ont jamais asbcédé. La succion des seins a réveillé de curieux phénomènes réflexes ou sympathiques, avec l'utérus (obs. 208. 252.), avec les membres et les glandes salivaires (obs. 223. 251.). Lorsque le lait de ces femmes n'a pas été suffisant on y a ajouté du lait de vache, surtout la nuit (obs. 23. 94. 139. 148. 165. 177. 214. 223. 230. 292.) Peu de mères à Paris ont pu nourrir leurs enfants avec leur lait et sans avoir d'accidents. C'est ce qui explique en partie le manque de bonne volonté (obs. 281.) qu'on trouve chez ces femmes ou chez les membres de leur famille. — 14 enfants ont eu des nourrices sur lieu — 117 enfants ont été mis au sein de nourrices habitant la campagne. — 22 enfants ont été nourris au biberon dont 8 dans la ville même de Paris (obs. 9. 25. 87. 100. 105. 179. 206. 209.) et 14 à la campagne. — 4 enfants ont été placés au dépôt des enfants trouvés et un des quatre (obs. 124.) a été retiré après par le père et la mère qui ont légitimé cet enfant par le mariage. Un enfant a nécessité de la délicatesse dans l'acte de son enregistrement à l'état civil (obs. 250.).

Etat de l'enfant pendant les premiers temps de la vie extra-utérine. Comme maladies générales, le pemphigus (obs. 6. 62. 91. 158.) ou une faiblesse morbide (obs. 156.). Comme maladies locales, la méningite (obs. 216.), le céphalématôme (obs. 206.), l'ophtalmie existant le plus souvent déjà avant la naissance (obs. 60. 68. 81. 268. 291.); les taches échymotiques des conjonctives, sans cependant que le travail eût été pénible, (obs. 285.), le corryza suspect (obs. 208, 218.), la brièveté du

filet (obs. 53.), les *nævus* de la face (obs. 261.), la menace d'asphyxie ou la respiration embarrassée (obs. 181. 278.) et le gonflement de la vulve (obs. 268.). — Les enfants sont morts, peu d'heures après la naissance (obs. 235.), peu de jours ou un mois (obs. 202. 207. 216. 247. 260. 278. 283.), enfin au bout de quelques mois (obs. 208.) ; l'état de l'enfant à Paris et surtout à la campagne n'a pas pu être suivi par moi d'une manière tout à fait exacte, mais, en général, les enfants non notés se sont tous bien portés à Paris. Je ne puis pas en dire autant de ceux de la campagne que la mort a frappés souvent.

Résultat définitif pour les femmes. De toutes les femmes accouchées dont j'ai eu soin pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches une seule (obs. 40) est morte par suite d'imprudences qu'on constatera en lisant l'observation. Les autres femmes ont été guéries malgré les accidents et les complications qu'ont pu apporter l'état général ou local, la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et l'allaitement.

TABLE DU TROISIÈME VOLUME.

		Pages.
Obs. CCI.	Mme A. F.	1
— CCII.	Mlle L. X.	6
— CCIII.	Mlle P. H.	12
— CCIV.	Mme C....	17
— CCV.	Mme D....	20
— CCVI.	Mme D....	24
— CCVII.	Mme L....	30
— CCVIII.	Mlle C. H.	34
— CCIX.	Mlle J. H..	39
— CCX.	Mlle L....	45
— CCXI.	Mme L....	52
— CCXII.	Mlle A.C.C.	58
— CCXIII.	Mme D. ..	62
— CCXIV.	Mlle V. B.	66
— CCXV.	Mme L....	72
— CCXVI.	Mme F....	77
— CCXVII.	Mme G....	84
— CCXVIII.	Mme D....	87
— CCXIX.	Mme X. ..	92
— CCXX.	Mlle L....	95
— CCXXI.	Mlle J. R..	99
— CCXXII.	Mme R....	103
— CCXXIII.	Mme M....	109
— CCXXIV.	Mme D....	113
— CCXXV.	Mme M. B.	118
— CCXXVI.	Mme P....	122
— CCXXVII.	Mlle C....	127
— CCXXVIII.	Mme P....	134
— CCXXIX.	Mlle F. D.	138
— CCXXX.	Mme R....	142
— CCXXXI.	Mme E. D.	146
— CCXXXII.	Mme G....	150
— CCXXXIII.	Mme D....	153
— CCXXXIV.	Mme G....	157
— CCXXXV.	Mme B....	162
— CCXXXVI.	Mlle M, L..	169
— CCXXXVII.	Mme F....	175
— CXXXVIII.	Mme M....	179
Obs. CCXXXIX.	Mme L....	182
— CCXL.	Mlle E....	187
— CCCCXLI.	Mme N....	191
— CCXLII.	Mme R....	196
— CCXLIII.	Mme O....	200
— CCXLIV.	Mme M....	206
— CCXLV.	Mme C....	212
— CCXLVI.	Mlle A.D..	216
— CCXLVII.	Mme B....	221
— CCXLVIII.	Mme M....	227
— CCXLIX.	Mme L. C.	233
— CCL.	Mme L....	241
— CCLI.	Mme V. D..	245
— CCLII.	Mme C....	250
— CCLIII.	Mme C....	253
— CCLIV.	Mme B....	258
— CCLV.	Mme P....	263
— CCLVI.	Mme L....	267
— CCLVII.	Mme C....	270
— CCLVIII.	Mme N....	275
— CCLIX.	Mme G....	281
— CCLX.	Mme L....	286
— CCLXI.	Mme N....	293
— CCDXII.	Mme C....	298
— CCLXIII.	Mme M....	301
— CCLXIV.	Mme D....	306
— CCLXV.	Mme C....	310
— CCLXVI.	Mlle S. F..	314
— CCLXVII.	Mme G....	320
— CCLXVIII.	Mme C....	325
— CCLXIX.	Mme V....	330
— CCLXX.	Mme D....	334
— CCLXXI.	Mme K....	340
— CCLXXII.	Mme B....	344
— CCLXXIII.	Mme F....	349
— CCLXXIV.	Mme Y....	357
— CCLXXV.	Mme F....	362
— CCLXXVI.	Mme D. J..	367

		Pages.
Obs. CCLXXVII.	Mme D....	375
— CCLXXVIII.	Mme D....	380
— CCLXXIX.	Mme L....	386
— CCLXXX.	Mme L.....	392
— CCLXXXI.	Mme A. F..	396
— CCLXXXII.	Mme E. D.,	401
— CCLXXXIII.	Mme D....	408
— CCLXXXIV.	Mme D....	414
— CCLXXXV.	Mme F.....	421
— CCLXXXVI.	Mme C. C..	426
— CCLXXXVII.	Mme M....	431
— CCLXXXVIII.	Mme C. ...	435
— CCLXXXIX.	Mme D....	440
Obs. CCXC.	Mme L....	446
— CCXCI.	Mme L. H.	451
— CCXCII.	Mme D....	458
— CCXCIII.	Mme B....	462
— CCXCIV.	Mme D....	467
— CCXCV.	Mme F....	473
— CCXCVI.	Mme G....	478
— CCXCVII.	Mme T....	485
— CCXCVIII.	Mlle L. B.	492
— CCXCIX.	Mme M....	498
— CCC.	Mlle C. A.	504
Statistique raisonnée...		511

PARIS. — IMPRIMERIE JULES BONAVENTURE
55, QUAI DES GRANDS-AUGUSTINS.